Kementerian Kesehatan
RS Soeradji Tirtonegoro

Jalan KRT Dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor.1
Klaten, Jawa Tengah 57424.
(0272) 321020
https://rsupsoeradji.id

Nomor : PR.01.05/D.XXVI/735/2025 29 Januari 2025
Sifat : Biasa
Lampiran : 1 (satu) bendel
Hal : Penyampaian LAKIP Tahun 2024 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Yth.Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan
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 2024 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Selanjutnya mohon perkenannya untuk dapat diproses sesuai ketentuan.

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

Plt. Direktur Utama,

dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT (K) Hip & Knee
NIP. 198006212009121002

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan https://wbs.kemkes.go.id. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF .

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Kemenkes RS Soeradji Tirtonegoro

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) TAHUN 2024

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO



RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Jl. dr. Soeradji Tirtonegoro No.1 Klaten Jawa Tengah
Telp (0272) 321020 (4 saluran hunting System)
Fax. (0272) 321104

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN LANJUTAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2024

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
RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN ANGGARAN 2024

DISAHKAN DI : KLATEN
PADA TANGGAL : 30 JANUARI 2025

DIREKSI
RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO

Plt. Direktur Utama

dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT (K) Hip & Knee
NIP. 198006212009121002

Direktur Medik dan Keperawatan	Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
dr. Widodo Wirawan, MPH	Kasino, SE., M.Si	Dina Sintia Pamela, S.Si., Apt., M.Farm
NIP. 9197908132023051001	NIP. 197312121994031003	NIP.19780317200322002

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RS Dr. SOERADJI TIRTONEGORO
TAHUN ANGGARAN 2024

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RS dr. Soeradji Tirtonegoro untuk tahun anggaran 2024 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RS 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, 24 Januari 2025
Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

drg. Retno Dyah Parwitasari, MMR
NIP. 196704161994022001

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 2024 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2024.

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

Kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan dalam penyusunan LAKIP ini, untuk itu kami membutuhkan saran dan perbaikan guna penyempurnaan dimasa yang akan datang sehingga bisa mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2024 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Plt. Direktur Utama

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT (K) Hip & Knee
NIP. 198[illegible]6212009121002

RINGKASAN EKSEKUTIF

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

Berdasarkan pada 16 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 35 indikator kinerja, 27 indikator sudah berhasil dicapai, dan 8 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; 3 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 belum mencapai target.
9. Dari sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi; 1 indikator belum mencapai target.
10. Dari sasaran Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik; 1 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.
11. Dari sasaran Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri; 1 indikator belum mencapai target.
12. Dari sasaran RPJMN; 2 indikator mencapai target.
13. Dari sasaran Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan; 1 indikator mencapai target.
14. Dari sasaran Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional; 4

indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.

15. Dari sasaran Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan; 2 indikator mencapai target.
16. Dari sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan; 5 indikator mencapai target, 2 indikator belum mencapai target.

Dari hasil pengukuran 35 indikator kinerja terhadap target, dapat disimpulkan sebagi berikut:

1. Target dengan capaian realisasi diatas 100% sebanyak 18 Indikator.
2. Target dengan capaian realisasi tepat 100% sebanyak 9 indikator.
3. Target dengan capaian realisasi di bawah 100% sebanyak 8 indikator.

Faktor penghambat capaian target kinerja tahun 2024 adalah:

1. Perlunya peningkatan kompetensi SDM dalam rangka peningkatan program layanan RSUP 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 Rumah Sakit 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 2024 didukung dengan realisasi anggaran sebesar Rp.594.233.716.107,- atau terserap sebesar 96,88% dari total pagu anggaran tahun 2024 sebesar Rp. 613.390.716.000,- dan menggunakan sumber daya manusia sebesar 1.241 pegawai. Realisasi pendapatan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2024 sebesar Rp.431.815.594.449,77 atau sebesar 104,56% dari target pendapatan tahun 2024 sebesar Rp 413.000.000.000,-.

Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja tahun 2025, 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 mendorong dan meningkatkan kompetensi tenaga medis melalui pelatihan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
6. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
7. Meningkatkan pendapatan dan kinerja pegawai dengan dibukanya pengembangan layanan- layanan berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i
RINGKASAN EKSEKUTIF ii
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GRAFIK viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1
B. Maksud dan Tujuan 1
C. Tugas dan Fungsi 2
D. Struktur Organisasi 3
E. Arah Strategis Organisasi 4
F. Permasalahan Utama (Strategic Issued) 8
G. Sistematika Penulisan 8

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja 10
B. Perjanjian Kinerja 18

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi 21
A.1. Perbandingan Target Tahun 2024 dengan Realisasi Tahun 2024 22
A.2. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Tahun 2024 Dengan Capaian Kinerja Tahun 2020,2021,2022,2023 26
A.3. Analisa Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan / Penurunan Kinerja dan Alternatif Solusi Yang Dilakukan 30
A.4. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2024 Dengan Capaian Kinerja Tahun 2020,2021,2022,2023 76
A.5. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2024 Dengan Capaian Kinerja Tahun 2020,2021,2022,2023 79
B. Realisasi Kinerja 80

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan 82
B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut 85

LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2024 87
2. Capaian IKU RSB Tahun 2024 92
3. Definisi Operasional Indikator RSB 95
4. Laporan Hasil Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2024 111
5. SK Tim Penyususnan Lakip 117

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian 4
Tabel 2.1 Matrik Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024 13
Tabel 2.2 Indikator Kinerja (KPI) berdasarkan RSB 2020-2024 17
Tabel 2.3 Perjanjian Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2024 18
Tabel 3.1 Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2024 21
Tabel 3.2.Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2024 dengan Target Tahun 2020, 2021, 2022 dan 2023 26
Tabel 3.3 Pengembangan Layanan 2020-2024 42
Tabel 3.4 Rekapitulasi Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional Tahun 2024 45
Tabel 3.5 Daftar publikasi Penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan 61
Tabel 3.6 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan 77
Tabel 3.7 Efisiensi pengadaan barang dan jasa 79
Tabel 3.8 Tabel Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja 80
Tabel 3.9 Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU 81
Tabel 3.10 Realisasi Pendapatan Tahun 2024 81

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1 Komposisi SDM Pendidikan 4
Grafik 3.1 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi SDM 30
Grafik 3.2 Capaian Pengukuran Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE) 32
Grafik 3.3 Capaian Pengukuran Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI 33
Grafik 3.4 Angka kematian Ibu di Rumah Sakit 35
Grafik 3.5 Angka kematian Bayi di Rumah Sakit 36
Grafik 3.6 Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data 38
Grafik 3.7 Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien 39
Grafik 3.8 Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker 40
Grafik 3.9 Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas 41
Grafik 3.10 Tingkat kepuasan peserta didik 43
Grafik 3.11 Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th 44
Grafik 3.12 Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional 45
Grafik 3.13 Tingkat Implementasi konsep AHS UGM 51
Grafik 3.14 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO) 52
Grafik 3.15 Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal 53
Grafik 3.16 Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit 55
Grafik 3.17 Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit 56
Grafik 3.18 Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit 58
Grafik 3.19 Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal 59
Grafik 3.20 Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan 60
Grafik 3.21 Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien 64
Grafik 3.22 Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional 65
Grafik 3.23 Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan 68
Grafik 3.24 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target 69
Grafik 3.25 Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan 70
Grafik 3.26 Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan 71
Grafik 3.27 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 72
Grafik 3.28 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni 74

Grafik 3.29 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU..... 75
Grafik 3.30 Persentase nilai EBITDA Margin..... 76
Grafik 3.31 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Pendidikan 31

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 satu tahun 2024, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2024. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten 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

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

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten tahun 2024 disusun dengan maksud dan tujuan:

1. Sebagai bentuk pertanggung jawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2024 yang harus dipertanggung jawabkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.
2. Sebagai instrument pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan kegiatan dan sebagai bahan untuk menyempurnakan perencanaan dan penyusunan program pada periode yang akan datang.
3. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun.
4. Sebagai alat kendali, alat penilai, dan alat pendorong yang dapat memberikan gambaran secara komprehensif pencapaian kinerja disetiap unit kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
5. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau peningkatan kinerja unit kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
6. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat diindentifikasi factor penghambat dan pendukung tercapainya kinerja dan tindakan perbaikan dimasa yang akan datang.

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).

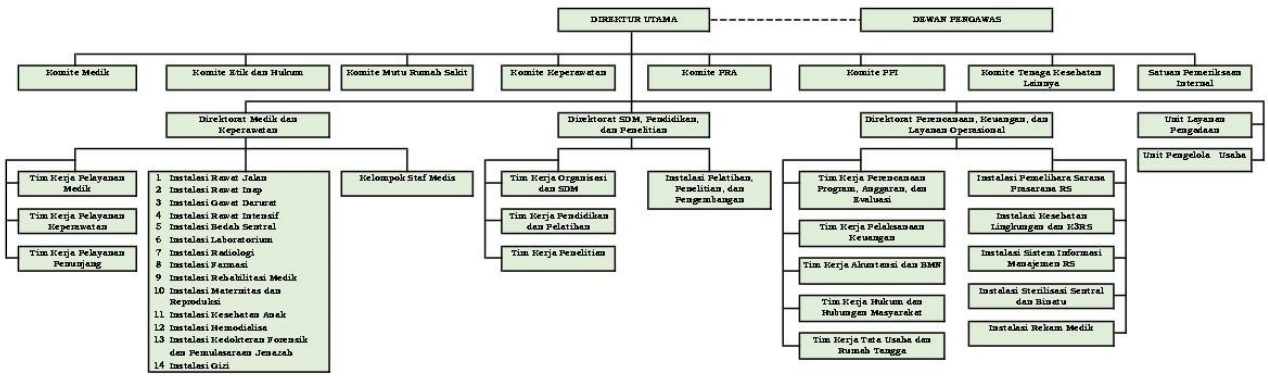
Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26/2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi & Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya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

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

D. Struktur Organisasi

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

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

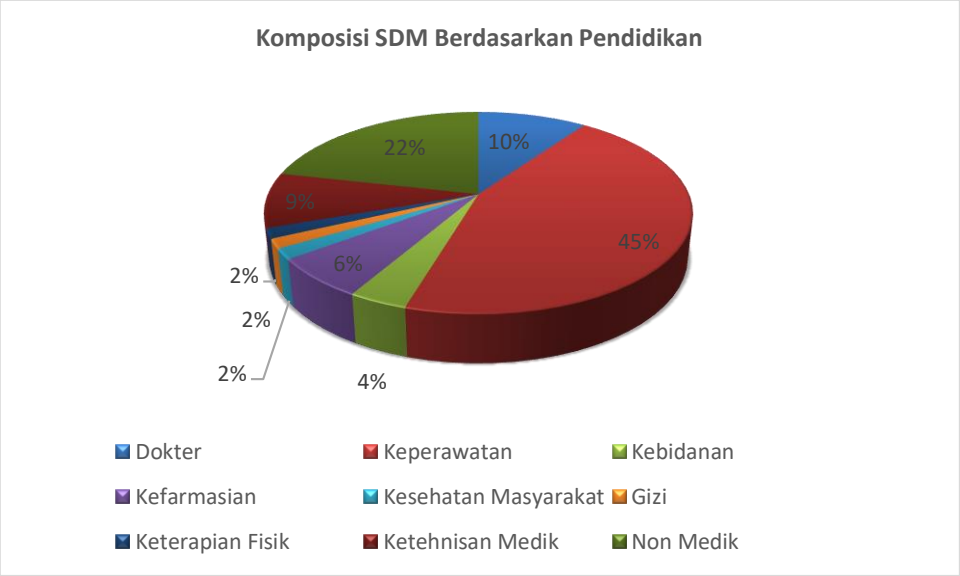


Struktur organisasi tersebut didukung dengan sumber daya manusia (SDM) sebanyak 1.241 orang (per 31 Desember 2024). Komposisi SDM yang dikelompokkan dalam jabatan, golongan dan jenjang pendidikan disajikan dalam Tabel 1.1, Grafik 1.1 berikut:

Tabel 1.1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

No	Status Kepegawaian	PNS	CPNS	PPPK	BLU Tetap	BLU Kontrak	Dokter Tamu	Jumlah
1	Manajerial	115	0	15	9	5	17	161
2	Direktorat Medik dan Keperawatan	487	0	201	13	147	-	848
3	Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional	94	0	44	38	18	-	194
4	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian	16	0	6	8	8	-	38
	Jumlah	**712**	**0**	**266**	**68**	**178**	**17**	**1.241**

Grafik 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan



E. Arah Strategis Organisasi

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta Pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi terpadu dan berkesinambungan. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten saat ini sudah menjadi RS Kelas A berdasarkan SK Badan Koordinasi Penanaman Modal No.5/1/10/KES/PMDN/2018 yang diberi waktu s/d 5 tahun untuk mempersiapkan Sumber Daya yaitu kompetensi dan sarana prasarana yang memadai untuk kategori

layanan kelas A. Kondisi ini adalah peluang bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk dapat memperluas dan meningkatkan layanan kepada masyarakat dari sisi kompleksitas pelayanan, namun sekaligus sebagai tantangan untuk menyiapkan SDM yang memenuhi persyaratan kompetensi dan pemenuhan sarana prasarana yang memadai untuk kategori kelas A. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro juga terus melakukan peningkatan fasilitas kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan.

Program pengembangan pelayanan yang disiapkan untuk tahun 2024 adalah pengembangan layanan unggulan dan layanan sub spesialis berdasarkan PerMenKes 30 Tahun 2019 revisi dari PerMenKes 56 Tahun 2014, penguatan program promosi layanan RS serta pengembangan layanan lainnya. Layanan unggulan Rumah Sakit berupa layanan kanker terpadu dan layanan pediatrik terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro yang unggul dalam pelayanan. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah masih terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Pengembangan layanan unggulan lain berupa layanan Pediatri Terpadu didukung ketersediaan SDM yang cukup lengkap dalam pelayanan pediatri terpadu dengan sarana prasarana yang memadai adalah modal utama pengembangan layanan pediatrik terpadu menjadi layanan unggulan RS. Layanan Pediatri Terpadu secara tidak langsung berkontribusi dalam mewujudkan tujuan Kementerian Kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) serta menjadi salah satu indikator meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat.

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 RSUP dr. 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 RSUP dr. 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 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro akan mengembangkan layanan bedah orthopedi menjadi health tourism.

b. Layanan Bedah Vaskuler (Sister Hospital)

Selain health tourism, RSUP dr. 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 RSUP dr. 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 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pengembangan layanan pediatric dijadikan sebagai layanan unggulan RS agar lebih optimal dalam menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB).

c. Layanan Bedah Plastik

Pengembangan Layanan Bedah Plastik sebagai service excellent dengan penjajagan kerja sama dengan Belanda. Kunjungan oleh dr Tik Tan dokter spesialis bedah plastik yg bekerja di Haaglanden Medisch Centrum (HMC) Bronovo Hospital Den Haag dan Park Medisch Centrum en Parkkliniek Rotterdam. dr Tik Tan juga merupakan anggota Asosiasi Bedah Plastik Belanda dan Asosiasi Bedah Estetika Belanda. Poin meeting kunjungan kerja :

1. Rencana Pengembangan Layanan Bedah Plastik di RS Soeradj
2. Pembahasan Perjanjian PKS International dengan Belanda
3. Proyeksi Pasar untuk layanan Bedah Plastik

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 RSUP dr. 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, sudah dilakukan pengembangan Layanan Rawat Inap Eksekutif yang sudah ada dengan melakukan revitalisasi Ruang Rawat Inap VIP dan president suite untuk lebih memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat.

F. Permasalahan Utama (Strategic Issued)

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

1. 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)
2. Percepatan Transformasi Kesehatan sesuai dengan RENSTRA Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
3. Sistem Informasi RS belum terintegrasi.
4. Sarana dan prasarana masih banyak yang harus dibenahi.
5. Implementasi Rekam Medik elektronik.
6. Pemenuhan kebutuhan SDM belum sesuai harapan (pola ketenagaan) yang disebabkan belum optimalnya pengidentifikasian beban kerja.
7. Komitmen dan budaya kerja sebagian pegawai masih rendah.
8. Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) oleh BPJS Kesehatan

G. Sistematika Penulisan

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

a. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issued) yang sedang dihadapi organisasi.
b. Bab II Perencanaan Kinerja, menjelaskan tentang uraian ringkasan / ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2024
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) dan hasil (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 RSUP dr. 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 RSUP dr. 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) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro:

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

Keyakinan dasar RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro :

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

Upaya mencapai visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditengah berbagai permasalahan yang ada memerlukan sasaran dan upaya yang jelas. Sasaran strategis mewujudkan tujuan-tujuan RSUP dr. 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 V dan Penguatan manajemen SDM RS tahap V 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 V
4. Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap V 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 V
6. Pengembangan dan optimalisasi layanan unggulan serta optimalisasi layanan lainnya
7. Pendidikan, Penelitian, dan Pembangunan ekselensi dalam konsep AHS UGM tahap V.
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 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN									
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	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)	%	80	85	85	85	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	87	85	85	85
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	0,43	0,42	<2	<2	<2
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4,7	4,6	4,5	4,4	4
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1	2	2	3
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL									
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	80	80	80	80
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	1,5	1,5	2	2	2
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	1	1	1	2	2

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	82	85	85	85
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	N/A	N/A	N/A	95	100
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	26	29	32	35	39
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	2	2	2	2
PERSPEKTIF KEUANGAN									
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	65	90	90	88	90
INDIKATOR WAJIB									
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	N/A	60	70	85	100
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL									
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	N/A	N/A	N/A	< 2,5	<2.5
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	N/A	N/A	N/A	N/A	2
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	N/A	N/A	N/A	N/A	10

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	N/A	N/A	N/A	60	60
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	N/A	N/A	N/A	100	100
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	10
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan	N/A	N/A	N/A	N/A	1
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	N/A	N/A	N/A	60	80
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	100
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	N/A	N/A	N/A	N/A	80
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	N/A	N/A	N/A	N/A	100

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target				
					2020	2021	2022	2023	2024
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	N/A	N/A	N/A	N/A	90
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	N/A	N/A	N/A	N/A	90
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	N/A	N/A	N/A	100	100
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	SBK>75
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	95
		32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	N/A	N/A	N/A	95	90
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	N/A	N/A	N/A	97	96
		34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	N/A	N/A	N/A	95	90
		35	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	N/A	N/A	N/A	Tipe Organisasi 3 10%	Tipe Organisasi 3 10

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%

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 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2024 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Perjanjian Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024
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
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	3

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL					
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,	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	100
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	39
		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)	%	90
INDIKATOR WAJIB					
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	100
INDIKATOR DIREKTIF					
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	<2.5
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	2
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	10
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	60
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	100
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	10

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan	1
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	80
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	100
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	80
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	100
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	90
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	90
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	100
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	SBK>75
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95
		32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	90
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	96
		34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	90
		35	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe Organisasi 3 10

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2024 sebesar Rp.429.619.078.000,- . Selama tahun berjalan ada revisi kenaikan target pendapatan sebesar Rp 88.000.000.000,- penambahan belanja pegawai sebesar Rp 19.991.991.000,- dan penggunaan saldo sebesar Rp.75.779.647.000,- sehingga jumlah pagu anggaran tahun 2024 sebesar Rp.613.390.716.000,-.

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 RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Penetapan Kinerja. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindak lanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.

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

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro tahun 2024 dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Capaian kinerja yang diukur adalah dengan membandingkan realisasi dengan target.

A.1. Perbandingan Target 2024 dengan Realisasi Tahun 2024

Tabel 3.1 Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100	100%	tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	95,92	113%	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	106%	tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,24	200%	tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4	10,79	0%	belum tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	3	3	100%	tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	90,02	113%	tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2	100%	tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2	100%	tercapai
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	93,53	110%	tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	100	109,78	110%	tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	39	54	138%	tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2	100%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	86,14	96%	belum tercapai
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	100	90,39	90%	belum tercapai
INDIKATOR DIREKTIF								
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	<2.5	2,22	111%	tercapai
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	2	1	50%	belum tercapai
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	10	-4,37	0%	belum tercapai
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	60	100	167%	tercapai
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	100	100	100%	tercapai
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	10	26	260%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan	1	0	0%	belum tercapai
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	80	97,80	122%	tercapai
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	100	100	100%	tercapai
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	80	94,89	119%	tercapai
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	100	100	100%	tercapai
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	90	96,83	108%	tercapai
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	90	100	111%	tercapai
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	100	92,31	92%	belum tercapai
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	SBK>75	75,3	100%	tercapai
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95	100	105%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
		32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	90	104,56	116%	tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	96	99,23	103%	tercapai
		34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	90	96,3	107%	tercapai
		35	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe Organisasi 3 10	-9	0%	belum tercapai
	Capaian Kinerja						101%	

Indikator kinerja utama yang ditetapkan sebanyak 35 indikator yang terdiri dari 14 indikator RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, 1 indikator wajib dari Ditjen Yankes, dan 20 indikator kinerja kegiatan UPT Vertikal. Dari ke 35 indikator kinerja utama apabila diperbandingakan dengan target tahun 2024 sebanyak 27 (77,14%) indikator tercapai, 8 (22,86%) indikator belum tercapai. Capaian kinerja tahun 2024 sebesar 101%.

A.2. Perbandingan Realisasi Kinerja Serta Capaian Kinerja Tahun 2024 Dengan tahun 2020, 2021, 2022 dan 2023

Tabel 3.2.Rekapitulasi Perbandingan Capaian Kinerja Indikator RSB Tahun 2024 dengan Target Tahun 2020, 2021, 2022 dan 2023

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			2024			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	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%	100	100	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%	85	95,92	113%	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%	85	90	106%	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%	<2	0,24	200%	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	4	10,79	0%	Belum 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%	3	3	100%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL																				
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%	80	90,02	113%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	1,5	1,25	83,33%	1,5	1,50	100%	2	2	100%	2	2,00	100%	2	2	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	1	1,00	100%	1	2,00	200%	1	1	100%	2	2,00	100%	2	2	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			2024			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
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%	85	93,53	110%	Tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	95	97,80	103%	100	109,78	110%	Tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	26	26	100%	29	33	113,79%	32	40	120%	35	40,00	114%	39	54	138%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	2,00	200%	2	2,00	100%	2	2	100%	2	2,00	100%	2	2	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%	90	86,14	96%	Belum 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%	100	90,39	90%	Belum Tercapai
INDIKATOR KINERJA KEGIATAN UPT VERTIKAL																				
10	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	< 2,5	0,68	173%	<2.5	2,22	111%	Tercapai
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	2	1	50%	Belum Tercapai
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10	-4,37	0%	Belum Tercapai
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	60	67,38	112%	60	100	167%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			2024			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	96,00	96,00%	100	100	100%	Tercapai
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	10	26	260%	Tercapai
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan													1	0	0%	Belum Tercapai
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	60	71,25	119%	80	97,80	122%	Tercapai
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	100%	Tercapai
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	80	94,89	119%	Tercapai
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	100	100%	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	2020			2021			2022			2023			2024			Ket
					Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	90	96,83	108%	Tercapai
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	90	100	111%	Tercapai
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100	66,67	67%	100	92,31	92%	Belum Tercapai
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%													SBK>75	75,3	100%	Tercapai
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%													95	100	105%	Tercapai
		32	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%	90	104,56	116%	Tercapai
		33	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%	96	99,23	103%	Tercapai
		34	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%	90	96,3	107%	Tercapai
		35	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%	Tipe Organisasi 3 10	-9	0%	Belum Tercapai
	Capaian Kinerja						117,3%			92,8%			100,9%			107,5%			101%	

Perbandingan persentase rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2020 tercapai sebesar 117,3%, tahun 2021 tercapai sebesar 92,8%, tahun 2022 tercapai sebesar 100,9%, tahun 2023 tercapai sebesar 107,5% dan tahun 2024 tercapai sebesar 101%.

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:

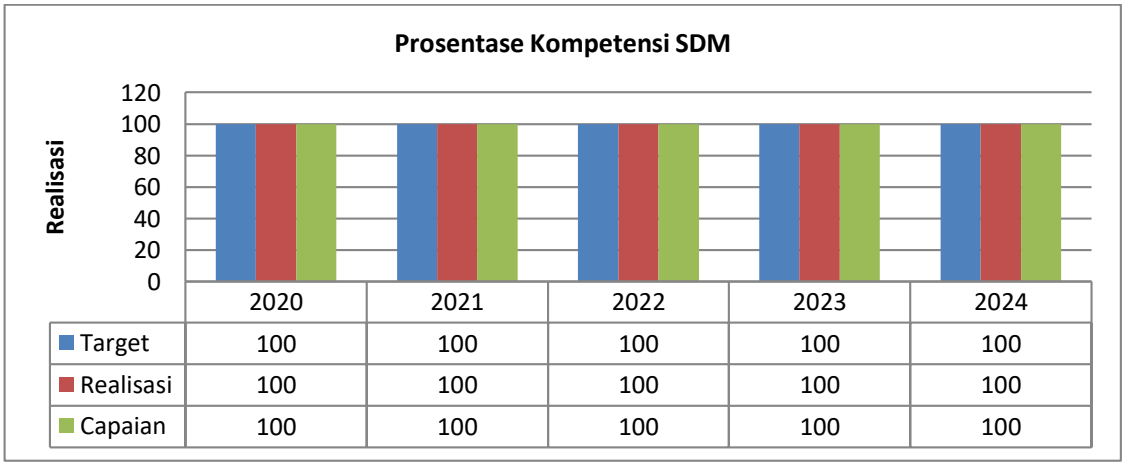
Sasaran 1: *Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar.*

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, 2023 dan 2024 yaitu:

Grafik 3.1 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi SDM



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	100	100	100	100	100
Realisasi	100	100	100	100	100
Capaian	100	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 terkendala dalam pengurusan STR dan SIP untuk tenaga medik, keperawatan dan Nakes lain.
- Pengembangan pelayanan yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menuntut peningkatan kompetensi dan kualifikasi jabatan yang sesuai.
- Perlunya peningkatan professionalisme/ kompetensi SDM Rumah sakit dalam rangka peningkatan program layanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Usulan pemecahan masalah:

- Melakukan monitoring terhadap masa berlaku STR dan SIP serta melakukan penagihan kepada pegawai 1 tahun sebelum habis masa berlaku STR dan SIP untuk melakukan pembaharuan atau perpanjangan.
- Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan, Organisasi Profesi, dan DPMPTSP (Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu) dalam proses pembuatan dan perpanjangan STR dan SIP
- Melakukan koordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Tim Kerja Pelayanan Penunjang dalam proses asesmen kompetensi sebelum kredensial maupun rekredensial serta kelengkapan persyaratan kredensial
- Membuat ceklis daftar tenaga Medis, Keperawatan dan Nakes lain.yang akan selesai masa berlaku Surat Penugasan Klinis dalam 6 bulan selanjutnya untuk dilakukan rekredensia

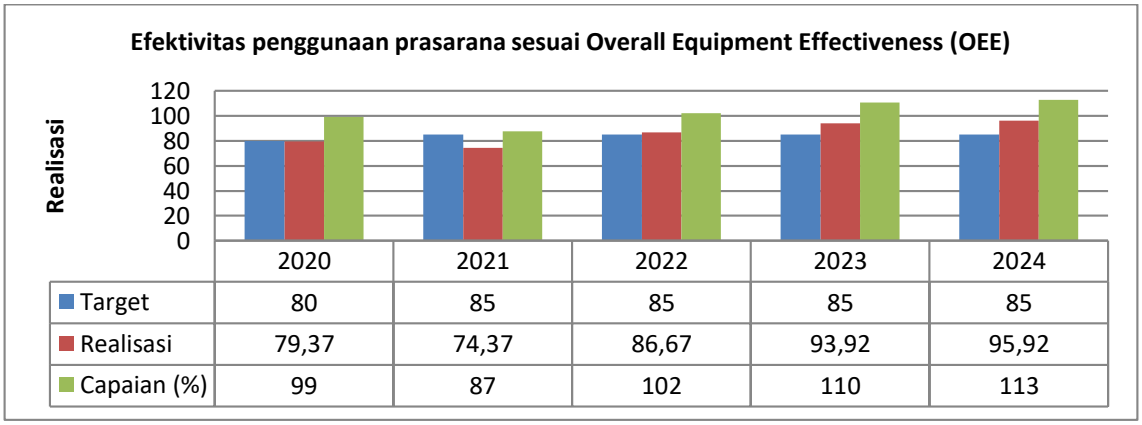
Sasaran 2 : *Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan*

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, 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.2 Capaian Pengukuran Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80	85	85	85	85
Realisasi	79,37	74,37	86,67	93,92	95,92
Capaian (%)	99	87	102	110	113

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:

- Terdapat alat yang dihitung OEE-nya nilainya melebihi 100%, yaitu mesin pengering kanaba karena mesin pengering lainnya mengalami kerusakan. Adapun mesin pengering yang rusak adalah merk Imesa yang merupakan hasil pengadaan tahun 2013 (usia alat kurang lebih 11 tahun) dengan kerusakan yang sudah tidak dapat diperbaiki.
- Terdapat alat yang tidak dihitung OEE-nya pada bulan September 2024, yaitu CT-Scan 128 Slice dikarenakan alat di-off-kan untuk proses penggantian tube X-ray alat tersebut.
- Semua alat yang dihitung OEE-nya memiliki nilai OEE tahun 2024 ≥ 85% dikarenakan utilitas/ penggunaan yang tinggi. Selain itu, beberapa alat

usianya > 5 tahun sehingga perlu dipertimbangkan untuk dilakukan evaluasi terkait peremajaan/ penambahan alat baru. Terdapat beberapa spare part mesin dan pompa IPAL yang perlu dilakukan peremajaan.

Tindak Lanjut:

- Unit kerja ISSB sudah mengusulkan pengadaan mesin pengering baru, namun masih menunggu alokasi anggaran di tahun 2025.
- Diperlukan kriteria eksklusi untuk alat yang mengalami kerusakan atau maintenance agar tidak masuk dalam perhitungan OEE.
- Peralatan medis dengan usia alat > 5 tahun dan utilitas yang tinggi, yaitu cathlab, sudah diusulkan melalui hibah SIHREN tahun 2025.

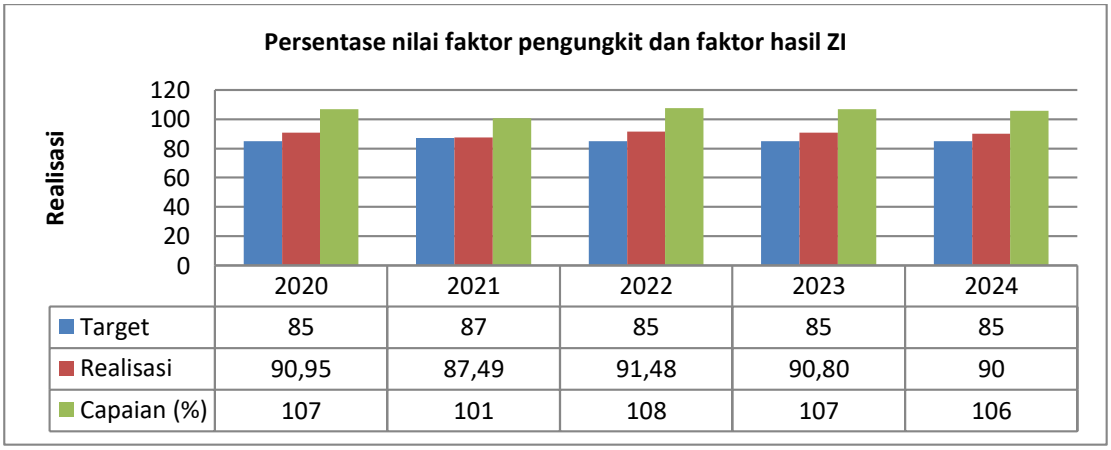
Sasaran 3: Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan zona integritas

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 2023 dan 2024 yaitu:

Grafik 3.3 Capaian Pengukuran Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	85	87	85	85	85
Realisasi	90,95	87,49	91,48	90,80	90
Capaian (%)	107	101	108	107	106

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 2024 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 RSUP dr. Soeradji termasuk salah satu rumah sakit yang diusulkan untuk memperoleh predikat WBBM, akan tetapi terkendala pada adanya indikator IKU RSB yang belum tercapai.
- Sampai dengan tahun 2024, indikator IKU RSB yang belum tercapai sebanyak 7 indikator.

Tindak Lanjut:

- Perlu dilakukan evaluasi kembali program-program ZI yang telah disusun sebagai dasar program kerja ZI di tahun 2024 dan strategi menyiapkan kembali RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro meraih WBBM.
- Monev capaian indikator dan rencana tindak lanjut indikator yang belum tercapai.
- Monev setiap bulan akan perkembangan ZI, bandingkan dengan rencana pembangunannya.

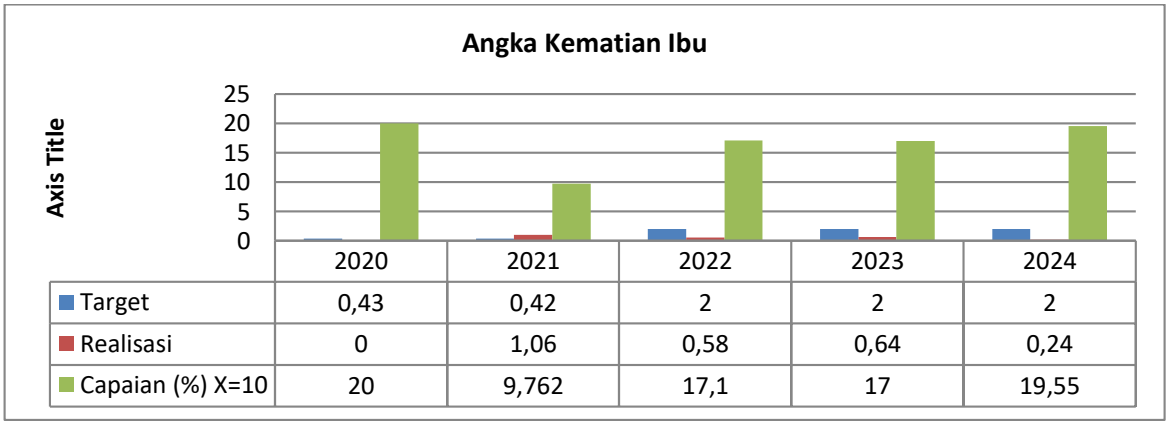
Sasaran 4: Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup

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, 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.4 Angka kematian Ibu di Rumah Sakit



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	0,43	0,42	2	2	2
Realisasi	0	1,06	0,58	0,64	0,24
Capaian (%) X=10	20	9,762	17,1	17	19,55

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

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

Indikator angka kematian ibu di Rumah Sakit tercapai sesuai target pada tahun 2024

Permasalahan:

- Kompleksitas penyakit pasien yang datang ke rumah sakit
- RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan rumah sakit rujukan terakhir untuk wilayah Klaten dan sekitarnya

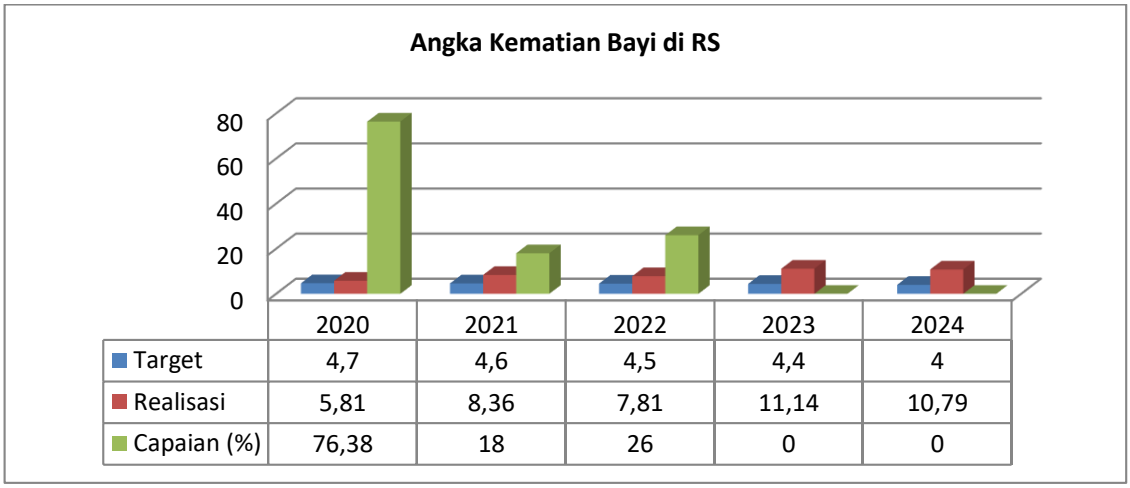
Tindak Lanjut:

- 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, 2022,2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.5 Angka kematian Bayi di Rumah Sakit



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	4,7	4,6	4,5	4,4	4
Realisasi	5,81	8,36	7,81	11,14	10,79
Capaian (%)	76,38	18	26	0	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, 2023 dan tahun 2024.

Permasalahan:

- Naik dan turunnya angka kematian bayi (AKB) ini berhubungan dengan karakteristik dan kompleksitas penyakit bayi yang dirawat. Sebagai RS rujukan, terutama untuk bayi dengan kondisi yang sudah tidak baik. Hal ini mempengaruhi keberhasilan penanganan bayi, walaupun sarana prasarana sudah cukup memadai.
- 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.
- Upaya yang telah dilakukan dengan pendampingan 7 puskesmas PONED di Kabupaten Klaten untuk mengurangi angka kematian bayi.

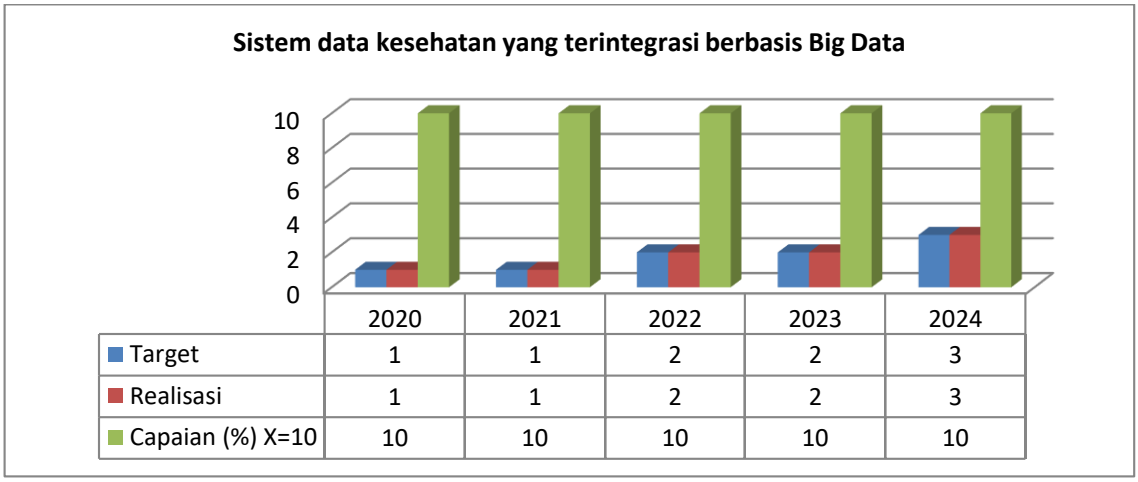
Sasaran 5: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi

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, 2023 dan tahun 2024, yaitu:

Grafik 3.6 Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	1	1	2	2	3
Realisasi	1	1	2	2	3
Capaian (%) X=10	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).

Indikator Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data tercapai sesuai standar yang ditetapkan tahun 2020-2024.

Permasalahan:

- Indikator pengembangan big data telah terpenuhi dengan terselesaikannya Menu Prediksi ICD berbasis anamnesa dokter yang dikembangkan menggunakan metode machine learning.
- Masih perlu dilakukan uji coba serta penilaian / validasi untuk meningkatkan akurasi hasil.
- Perlu dicoba mengembangkan menu lain yang memanfaat teknologi artificial intellegence.

Tindak lanjut

- Uji fungsi dan penyempurnaan aplikasi yang sudah diselesaikan.
- Penambahan fitur lain yang berbasis artificial intelegence.

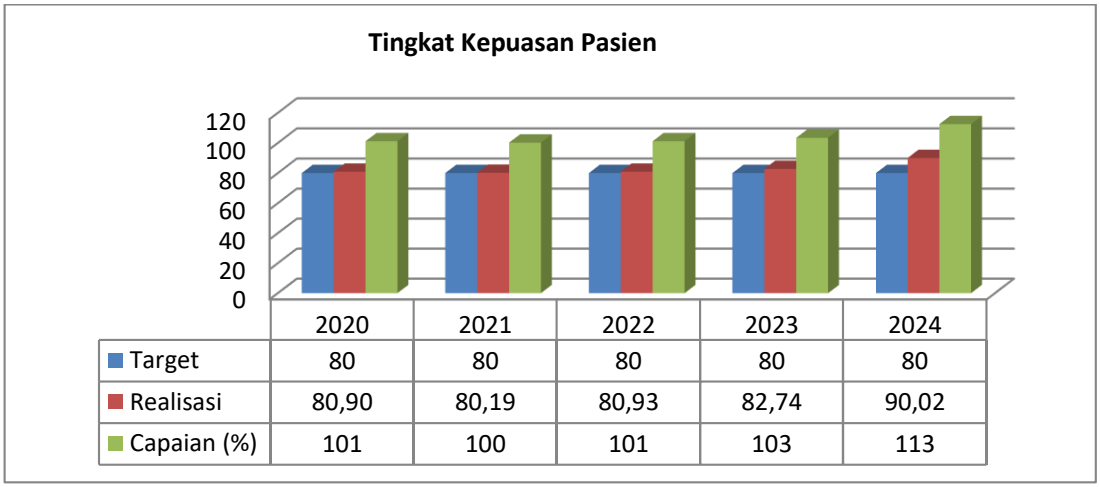
Sasaran 6: Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain

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 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.7 Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80	80	80	80	80
Realisasi	80,90	80,19	80,93	82,74	90,02
Capaian (%)	101	100	101	103	113

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 90,02. Capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan/pasien mencapai target yang ditetapkan tahun 2020,2021, 2022, 2023 dan 2024.

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

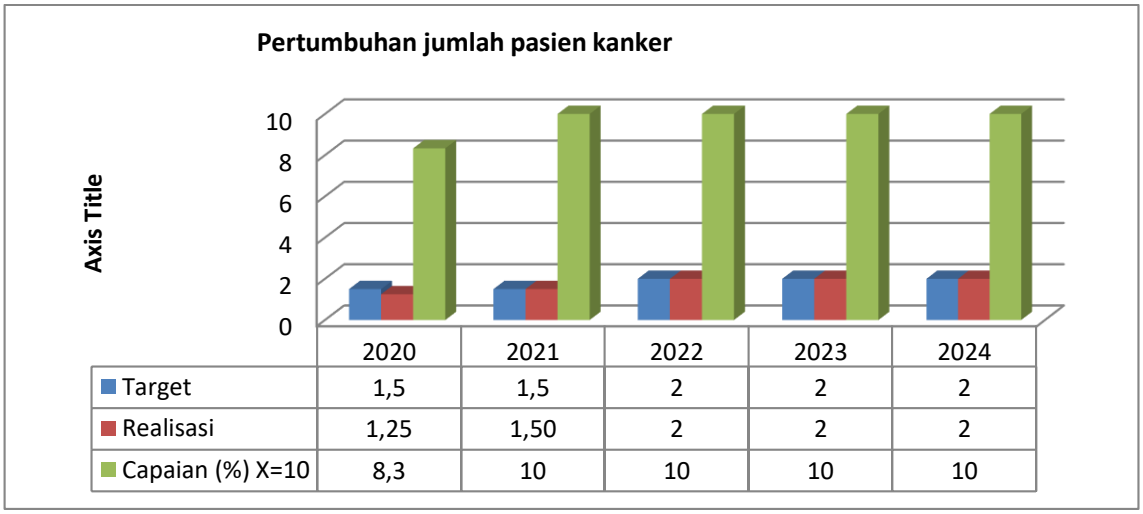
Pemecahan Masalah:

- 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, 2023 dan tahun 2024, yaitu:

Grafik 3.8 Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	1,5	1,5	2	2	2
Realisasi	1,25	1,50	2	2	2
Capaian (%) X=10	8,3	10	10	10	10

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, 2023 dan 2024, 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

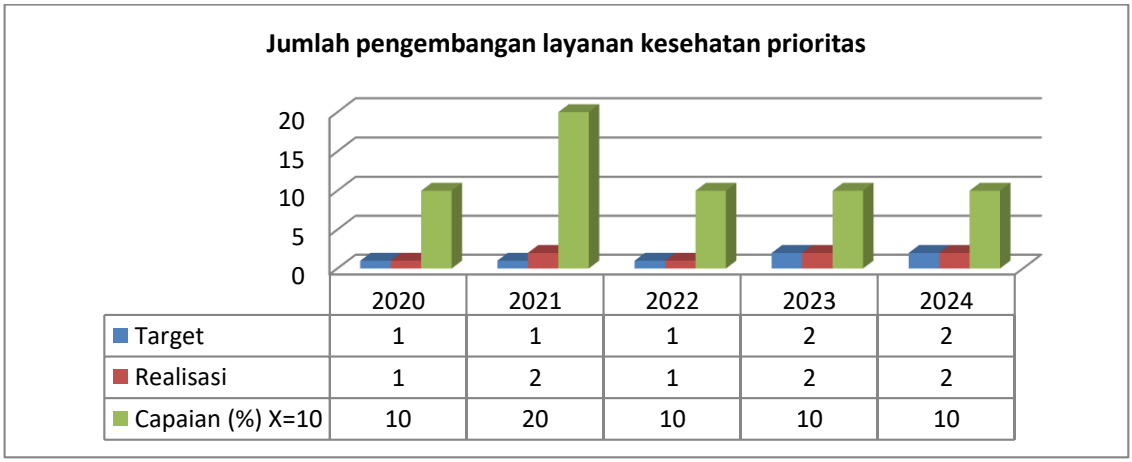
Usulan Pemecahan Masalah:

- 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

Indikator pengembangan layanan kesehatan prioritas merupakan indikator yang periode perhitungannya adalah tahunan. Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, dan 2024 yaitu:

Grafik 3.9 Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	1	1	1	2	2
Realisasi	1	2	1	2	2
Capaian (%) X=10	10	20	10	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. Berikut daftar capaian pengembangan layanan tahun 2020-2024.

Tabel 3.3 Pengembangan Layanan 2020-2024

Tahun	No	Pengembangan Layanan
2020	1	Layanan onkologi
2021	1	Sub spesialis Psikiatri anak
	2	Penyakit Dalam konsultan hemato onkologi
2022	1	Subspesialis tumbuh kembang anak
2023	1	Layanan Kardiologi Anak
	2	Neurointervensi
2024	1	Layanan Radiologi Intervensi
	2	Urologi Anak

Permasalahan:

- Sebagian besar SDM dokter Subspesialis belum terpenuhi
- Kendala dalam melanjutkan Pendidikan ke sub spesialis terkait dengan penerimaan dan pembiayaan Pendidikan.

Tindak Lanjut:

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

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

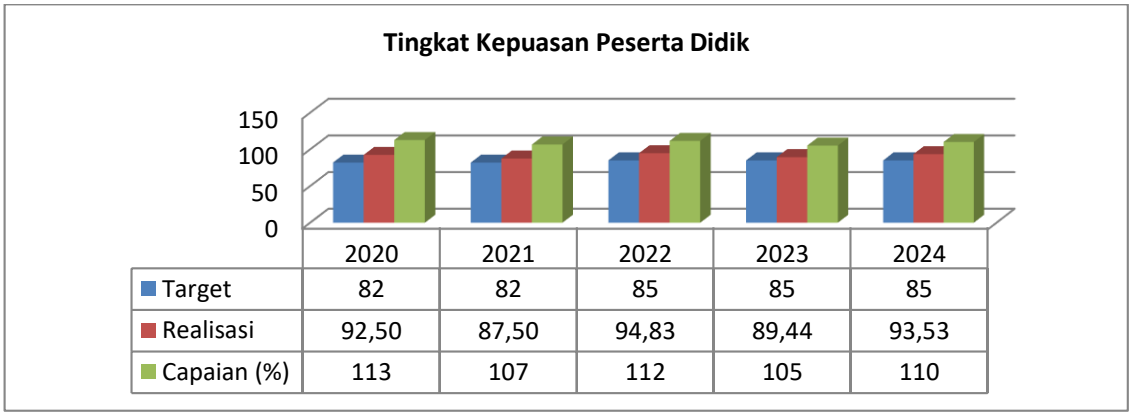
Untuk mencapai sasaran Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS ada 4 indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta

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 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.10 Tingkat kepuasan peserta didik



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	82	82	85	85	85
Realisasi	92,50	87,50	94,83	89,44	93,53
Capaian (%)	113	107	112	105	110

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, 2023 dan 2024. Hasil capaian tingkat kepuasan peserta didik tahun 2024 meningkat dibandingkan capaian tahun sebelumnya. Kepuasan peserta didik dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampaui harapan peserta didik

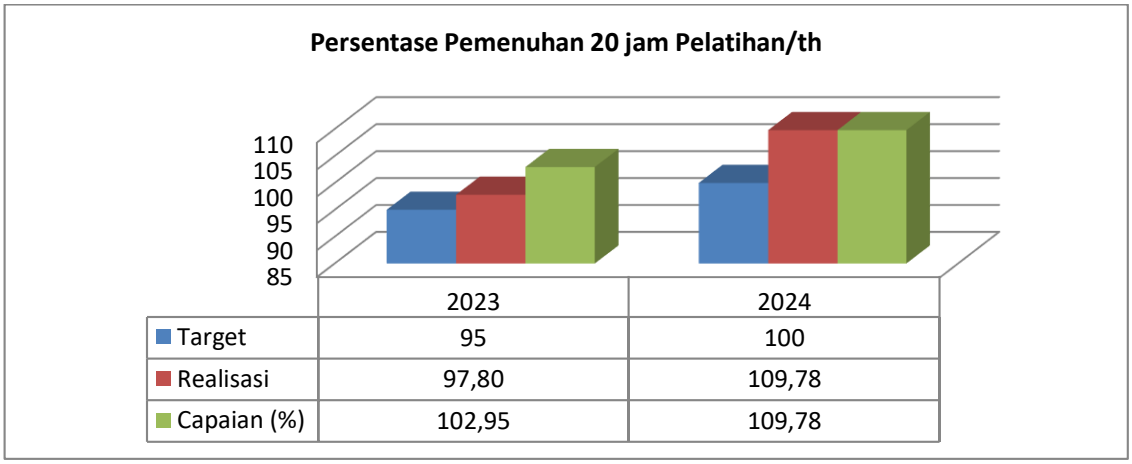
Upaya mempertahankan:

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

7.b. Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan tahun 2024, yaitu:

Grafik 3.11 Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th



	2023	2024
Target	95	100
Realisasi	97,80	109,78
Capaian (%)	102,95	109,78

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 pada tahun 2023 maupun 2024. RSUP dr. Soeradji tirtonegoro menyelenggarakan pelatihan sesuai priorotas dan kebutuhan layanan, melakukan mapping pelatihan sesuai kompetensi, menyelenggarakan pelatihan sesuai TNA, Melakukan rekapitulasi dengan menggunakan system IT jam pelatihan karyawan

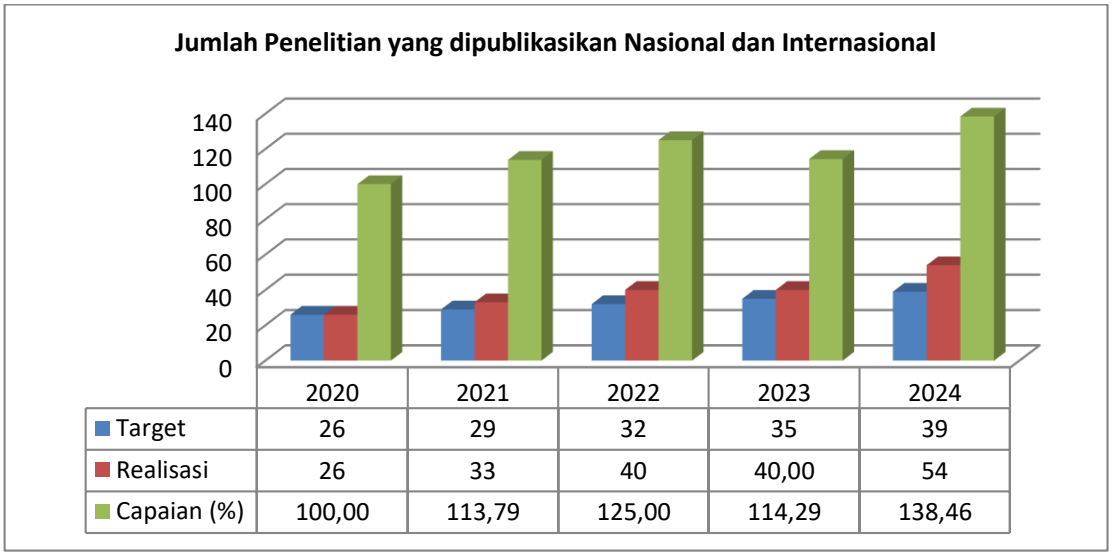
Upaya mempertahankan:

- 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 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.12 Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	26	29	32	35	39
Realisasi	26	33	40	40,00	54
Capaian (%)	100,00	113,79	125,00	114,29	138,46

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 RSUP dr. 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, 2023 maupun 2024.

Tabel 3.4 Rekapitulasi Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional Tahun 2024

No	Nama Peneliti	Judul	Keterangan
1	Alrisna Galuh Tribuana	Penerapan Kompres Dingin Terhadap Penurunan Nyeri Kanulasi Av Fistula Pada Pasien Ckd Yang Menjalani Hemodialisa Di Rsup Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional

2	eni susilowati, AMK	Hubungan Fatigue Dengan Kualitas Hidup Pasien Ca Mammae Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
3	Veri Wijaya Pinilih	Analisa Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Surgical Safety Checklist di Instalasi Bedah Sentral di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
4	Lavania Arum Budiarti	Biaya Medik Langsung Pasien Hipertensi Rawat Jalan Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
5	dr. Tiffany Budijanto	The Correlation Of Occupational Contact Dermatitis With Quality Of Life Of The Leather Craftsmen In The Center Of Leather Crafts Industry Manding Daerah Istimewa Yogyakarta	Nasional
6	Ardik Widianto dkk	Hubungan Kemandirian Aktivitas dengan Konsep Diri pada Pasien Stroke di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
7	Karina Aulia Rahma	Hubungan Status Fisik dengan Waktu Pulih Sadar pada Pasien Perokok Pasca General Anestesi di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
8	dr. Zakiah Novianti, Sp. P., M.Kes, Agus Suharto, S.Kep.Ners , Muhammad Yasir Sudarmo, S.Kep.Ners	Sujok as an alternative therapy to reduce dyspnea in patients with respiratory problems	Internasional
9	Umi Rahayu Widyasmara	Studi Kasus Pada Pasien Ca Mammae Residif Dextra Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
10	Ardik Widiyanto	Studi Kasus Pasien Gawat Darurat Dengan Acute Decompensated Heart Failure Di Ruang Unit Gawat Darurat Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.	Nasional
11	Marnowo	Studi Kasus Pada Pasien Dengan Post Operasi Fraktur Clavicula Sinistra Dengan Tindakan Orif Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
12	dr. Didit Fajar Nugroho dan dr Dian Ibnu	Patients' Satisfaction After Breast Reconstruction Surgery Using Autologous versus Implants: A Meta-Analysis	Internasional
13	Ardhy Khartika Dewi dkk	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Orang Tua Tentang Pencegahan Kejadian Pneumonia Pada Anak	Nasional
14	Wisnu Baskoro1, Muhammad Fakhri Raiyan Pratama1, Hanan Anwar Rusidi1, Adhika Restanto Purnomo2, Bidari Kamesw	Gross total resection of benign retroperitonealy/intra/paraspinal giant schwannoma	Internasional

15	dr. Wisnu Baskoro, Sp.BS	Trend and Profile of Spine Procedure in Rural Area: Four years' Experience from A Single Tertiary Hospital in Klaten Regency, Indonesia	Internasiona
16	Rina Wijayanti Sagita, S.Kep.Ners., M.Kep	Managing Diabetic Foot Ulcer: Psychological Impact on a 53-Year-Old Woman	Internasional
17	Agus Suharto, S.Kep.Ners	Survival analysis of diabetes mellitus and cardiovascular patients with COVID-19: a secondary data analysis	Nasional
18	Afifah Isnaini, Hanif Mustikasari, Kanina Sista, Muslikhah Yuni Farkhati	Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Pusat Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2022	Nasional
19	Beta Ahlam Gizela, Anggina Rafitri, Woro Rukmi Pratiwi	Cedera Pada Buruh Akibat Kecelakaan Kerja: Kajian Data Health and Demographic Surveillance System/HDSS Sleman	Nasional
20	Dinayawati, Joko Sunoto, Listy Abdurakhman Handis	Penerapan Optimisasi Paparan Medik CT-Scan Melalui Tingkat Panduan Diagnostik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
21	Dita Swandani, Suyamib, Arlina Dhian S.b	Hubungan Pengetahuan Orang Tua Dengan Kepatuhan Membawa Transfusi Darah Pasien Thalasemia di Ruang One Day Care (ODC) Thalasemia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
22	Beta Ahlam Gizela, Adella Sahdasalma Almira, Woro Rukmi Pratiwi	Prevalensi Cedera Akibat Jatuh Pada Kelompok Lanjut Usia dan Pra-Lanjut Usia	Nasional
23	Qonita Imma Irfani, Hesty Lusinta	Prevalensi, Pola Kepekaan Antibiotik serta Perbandingan kejadian MRSA antara pasien laki-laki dan perempuan di Rumah Sakit dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
24	dr. Hastomo Agung Wibowo, Sp.Ortho	Do We Need A Bone Block Procedure in Recurrent Anterior Shoulder Instability?: A Case Report	Nasional
25	Jatu Parmawati	Uji Resistensi Bakteri Basil Gram Negatif Pada Sputum Penderita Pneumonia Terhadap Antibiotik Levofloxacin Dan Cefotaxim Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
26	dr. Peter Y. Atmaja	Detection of Pseudomonas aeruginosa pus wound isolate using a polymerase chain reaction targeting 16S rRNA and gyrB genes: A case from Indonesia	Internasional

27	Yeni Safitri	Pengaruh Pemberian Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Tingkat Kecemasan Pre Operasi Bedah Saraf Dengan General Anestesi Di Rsup Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
28	Tegar Anugrah1, Jenita Doli Tine Donsu2, Tri Widyastuti Handayani3	Hubungan Posisi Intubasi Dengan Keberhasilan Pemasangan Endotracheal Tube Pada Pasien Bedah Saraf Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
29	Meida Rachma Priwantika	Penerapan Buerger Allen Exercise Dalam Masalah Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang Melati 2 Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
30	Annisa Dwi Prastiani	Prosedur Pemeriksaan Bertebra Lumbosakral pada Kasus Low Back Pain (LBP) di Instalasi Radiologi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
31	Putri Yuliana Tirtonegoro Klaten	Prosedur Pemeriksaan Hysterosalpingography (Hsg) Pada Kasus Infertilitas Sekunder Di Instalasi Radiologi di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
32	Mutiara Anjarni	Prosedur Pemeriksaan Radiografi Clavicula Pada Kasus Post Orif Fraktur Clavicula di Instalasi Radiologi Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
33	Adien Iftinan Salsabila	Prosedur Pemeriksaan Radiografi Genu Pada Klinis Fraktur di Instalasi Radiologi Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
34	Zaucha Ika Pratiwi	Prosedur Pemeriksaan Radiografi Ossa Pedis Dengan Klinis Fraktur di Instalas Radiologi Rsup Dr. Soeradji	Nasional
35	Charishma Karunia Putri Hanafi	Perbedaan Kadar Kreatinin Pada Pasien Hiperkolesterolemia Yang Disimpan 4 Jam Dan Disimpan 8 Jam Pada Suhu 20℃-25℃ di Rumah Sakit Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
36	Dewi Kartikasari	Penerapan Pemberian Jus Jambu Biji Pada Anak Dengue Hemorargik Fever (Dhf) Dengan Masalah Gangguan Pemenuhan Keseimbangan Cairan Di Ruang Menur Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
37	Mutia Mardiana	Penerapan Kompres Dingin Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Post Orif Fraktur Clavicula Di Ruang Melati 2 Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
38	Ramdani Dea Nur Ramdani	Analisis Hasil Kontrol Kualitas Pemeriksaan Ureum Menggunakan Vitros XT 3400 di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
39	Asykar Jayanti, A. Md	Pengembangan Modul Rekam Medis Elektronik (RME) Rehabilitasi Medik Rawat Jalan	Nasional

40	Susilo Hartono, Tri Nur Hidayati dan Agus Herianto	Pengaruh Posisi Duduk Terhadap Pertukaran Gas Dan Mekanika Pernapasan Pada Pasien Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Yang Terpasang Ventilasi Mekanis	Nasional
41	Finna Rachma Agustin	Relationship of Family Support on Self-Esteem in Patients with Breast Cancer who are Undergoing Chemotherapy	Nasional
42	dr. Dian Ibnu Wahid, Sp.B	The Effication of Low-Level Laser Therapy, Kinesio Taping, and Endermology on Post-Mastectomy Lymphedema: A Systematic Review and Meta-Analysis	Internasional
43	ONIKA ADE SAVITRI	Prosedur Pemeriksaan MRI Brain Pada Kasus Adenoma Hipofisis di RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN	Nasional
44	FIDA RATNAYATI	Penatalaksanaan Pasien Amputasi Transtibial Karena Diabetes Mellitus Dengan Menggunakan Transtibial Prosthesis Exoskeletalptb-SC di RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN	Nasional
45	Deanurtika Annisa Salsabila,	Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt) Pada Pasien Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, Essential (Primary) Hypertension, Varicella Without Complication di RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.	Nasional
46	SALSA SIFANI INAYAH	Penatalaksanaan Terapi Wicara Pada Kasus Gangguan Bahasa Dan Bicara Yang Disebabkan Oleh Autism Spectrum Disorder (Asd) Di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
47	Gesti Wulandari	Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
48	Anes Nur Indranettasa	Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Bahaya Anemia	Nasional
49	Kurniasih Annisa Prastiwi	Studi Kesesuaian Pemberian Antibiotik Pada Pasien Pnemonia di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
50	Tri Windarti	Pengaruh Hipnoterapi Untuk Mengurangi Efek Samping Kemoterapi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
51	Retno Wulandari	Identifikasi dan Uji Sensitivitas Antibiotik pada Bakteri Penyebab Infeksi Saluran Kemih di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional

52	Febri Nuraeni Subardiyo	Akurasi Pemeriksaan Potong Beku (Frozen Section) pada Pasien Kanker Ovarium di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
53	Shifa Santoso	Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Bayi Sungsang di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
54	Rico Maulana Nugroho	Pendekatan Model Adaptasi Roy dalam Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan pada CAD-3VD pro CABG: Studi Kasus	Nasional

Permasalahan:

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

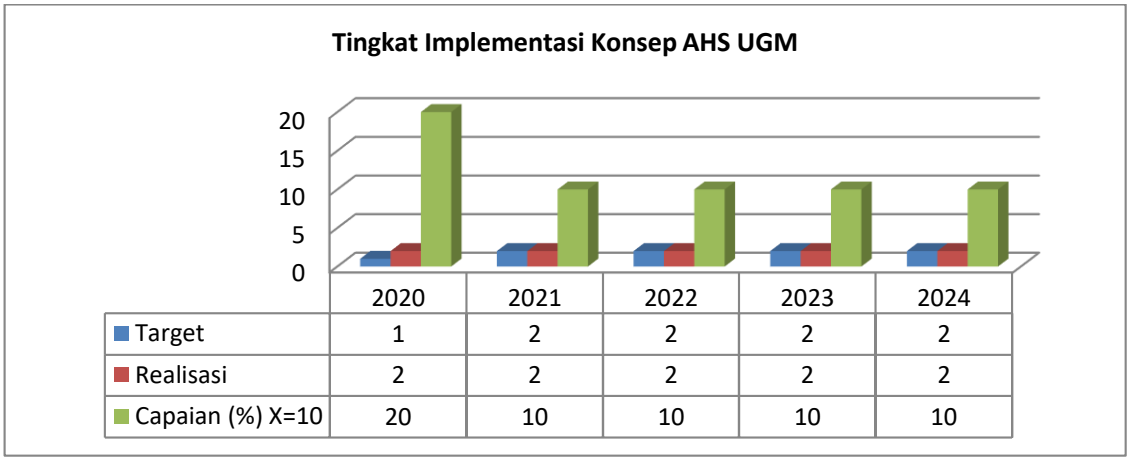
Tindak Lanjut:

- 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, 2022,2023 dan 2024 yaitu:

Grafik 3.13 Tingkat Implementasi konsep AHS UGM



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	1	2	2	2	2
Realisasi	2	2	2	2	2
Capaian (%) X=10	20	10	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, 2023 maupun tahun2024. Pada 2024 telah terlaksana sebanyak 3 Progres Keterlibatan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam Kegiatan AHS UGM, sehingga tingkat implementasi AHS UGM telah mencapai skor 2. Progres Keterlibatan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam kegiatan AHS tahun 2024:

1. Partisipasi kegiatan olahraga Badminton pada 30 januari 2024 dalam rangka Dies Natalis FKKMK UGM-HUT RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, RSS dan RSA UGM.
2. Pada Selasa, 21 Mei terlaksana kegiatan visitasi jejaring AHS UGM dalam rangka identifikasi kemampuan dan minat masingmasing Rumah Sakit Jejaring di bidang pendidikan, penelitian dan pelayanan serta sosialisasi Sistem Kesehatan Akademik (AHS) untuk mendukung dan mengembangkan berbagai potensi yang dimiliki oleh masing-masing Rumah Sakit Jejaring.

3. Terlaksananya kegiatan GCLP bersama AHS, terlaksana pelatihan TOT oleh AHS UGM bagi dosen klinik baru, terlaksananya kegiatan visitasi jejaring AHS UGM, dan kegiatan workshop.

Permasalahan:

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

Tindak Lanjut:

- 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

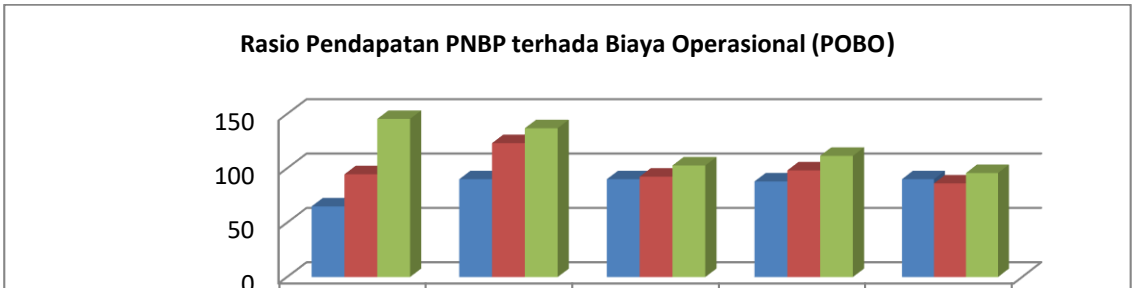
Sasaran 8: Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya

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, 2023, dan 2024 yaitu:

Grafik 3.14 Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	65	90	90	88	90
Realisasi	94,57	123,24	92,42	98,12	86,14
Capaian (%)	145,49	136,93	102,69	111,50	95,71

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, 2023, untuk tahun 2024 belum mencapai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

- Efisiensi biaya dan sumber daya perlu ditingkatkan lagi.

Tindak Lanjut:

- 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.

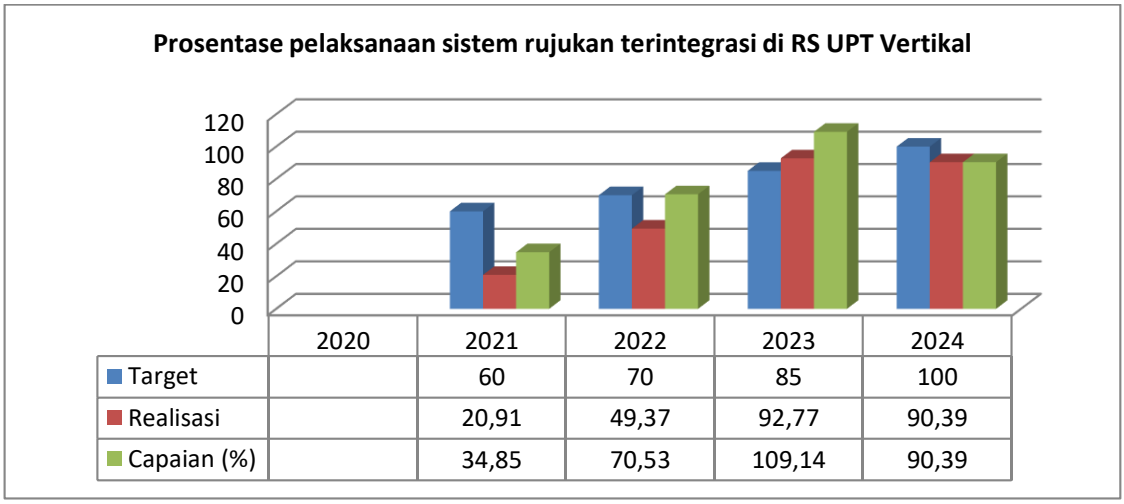
Sasaran 9: Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

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, 2023, dan tahun 2024 yaitu:

Grafik 3.15 Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal



	2020	2021	2022	2023	2024
Target		60	70	85	100
Realisasi		20,91	49,37	92,77	90,39
Capaian (%)		34,85	70,53	109,14	90,39

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.

Permasalahan:

- Lonjakan pasien dan antrian pasien di IGD yang tinggi
- 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.
- Sering terjadi pengiriman rujukan yang berulang dari faskes pengirim dengan pasien yang sama.

Tindak Lanjut:

- Telah melibatkan supervisor muda sebagai petugas khusus untuk Sisrute.
- Penjadwalan petugas SISRUTE di setiap shift selama 24 jam.
- Telah dibuat alur Sisrute yang lebih jelas.
- Telah dilakukan sosialisasi alur Sisrute kepada faskes di Kabupaten Klaten pada acara temu pelanggan.

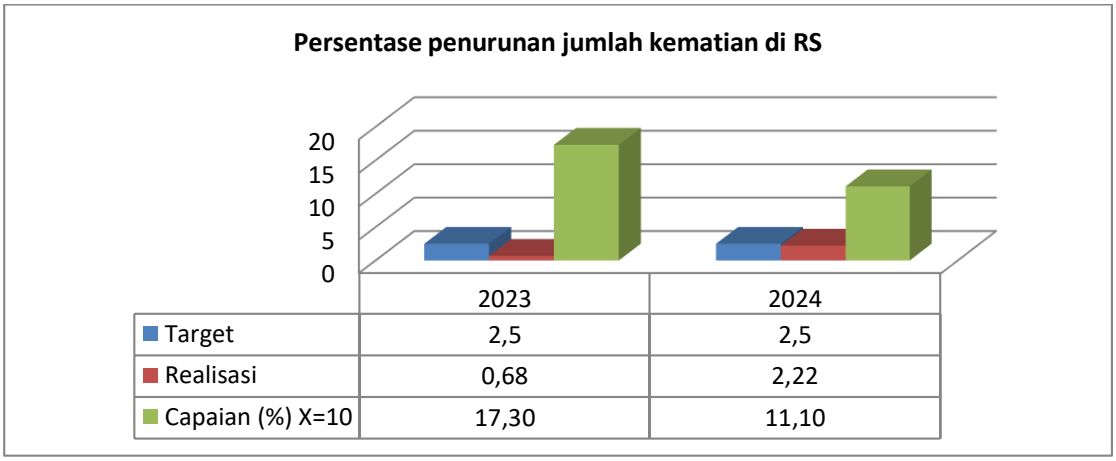
Sasaran 10: Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik

Untuk mencapai sasaran Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan spesialistik ada 2 indikator yang ditetapkan yaitu Persentase Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit dan Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing 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



	2023	2024
Target	2,5	2,5
Realisasi	0,68	2,22
Capaian (%) X=10	17,30	11,10

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 dan 2024 yaitu tercapai 0,68 dan 2,22 dari target <2.5%. Angka NDR ini memberikan gambaran mutu pelayanan di Rumah Sakit.

Permasalahan:

- Kompleksitas penyakit pasien yang datang ke rumah sakit.
- RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan rumah sakit rujukan terakhir untuk wilayah Klaten dan sekitarnya

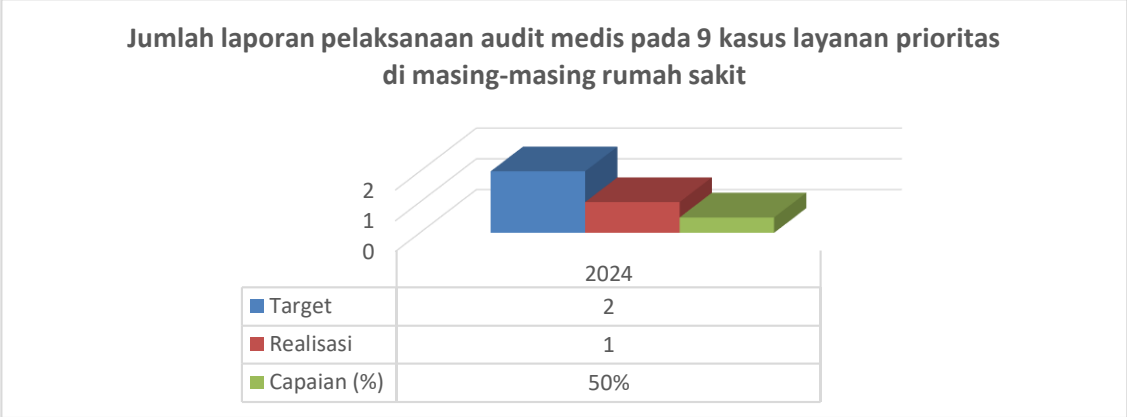
Tindak Lanjut:

- 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.

10.b. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit.

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan tahun 2024, yaitu:

Grafik 3.17 Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit



Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit:

= Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

Capaian indikator Perhitungan Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit belum mencapai target yang ditetapkan tahun 2024 yaitu tercapai 1 laporan pelaksanaan audit dari target 2 laporan audit selama tahun 2024. Audit medis yang sudah terlaksana adalah audit *PCI (Percutaneous Coronary Intervention)*

Permasalahan:

- Pembentukan tim audit baru terlaksana pada semester II tahun 2024

Tindak Lanjut:

- Akan dilakukan audit medis setiap semester.

Sasaran 11: Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri

Untuk mencapai sasaran menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri ada satu indikator yang ditetapkan .

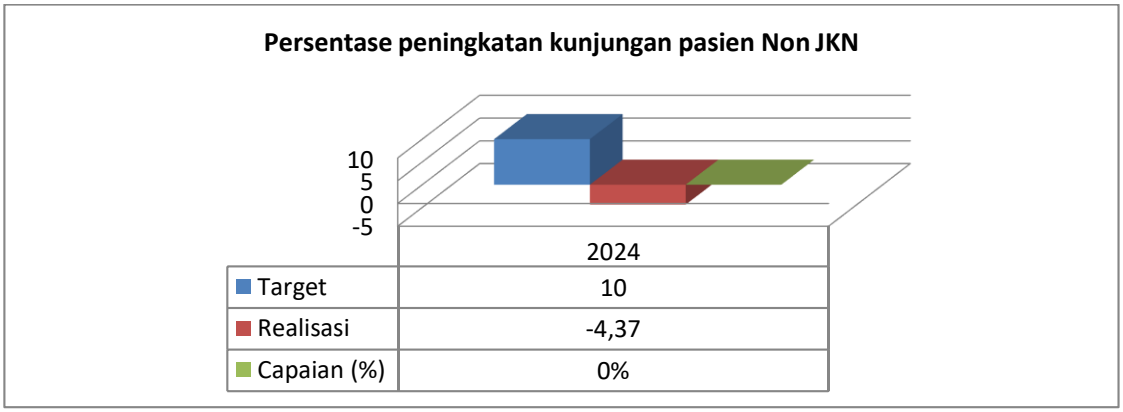
11.a. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

= (Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu dikali 100

Tabel 3.18. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN



Merupakan indikator Direktif tahun 2024, dan capaian tahun 2024 sebesar -4,37% dari target sebesar 10%. Capaian minus ini menunjukkan jumlah kunjungan pasien JKN tahun sebelumnya (2023) lebih besar dari pada tahun 2024.

Permasalahan:

- Sebagian besar pasien Rumah sakit adalah pasien JKN

Tindak Lanjut:

- Sudah dibentuk Timker Khusus Non JKN
- *Wealnes, headtourism*
- Launching klinik jamu/herbal tgl 24 Agustus 2024
- Layanan Vaksin internasional dan sudah mendapat ijin dari Balai Kekarantinaan Kesehatan Semarang
- Marketing terjun langsung ke lapangan/ perusahaan sudah terjadwal

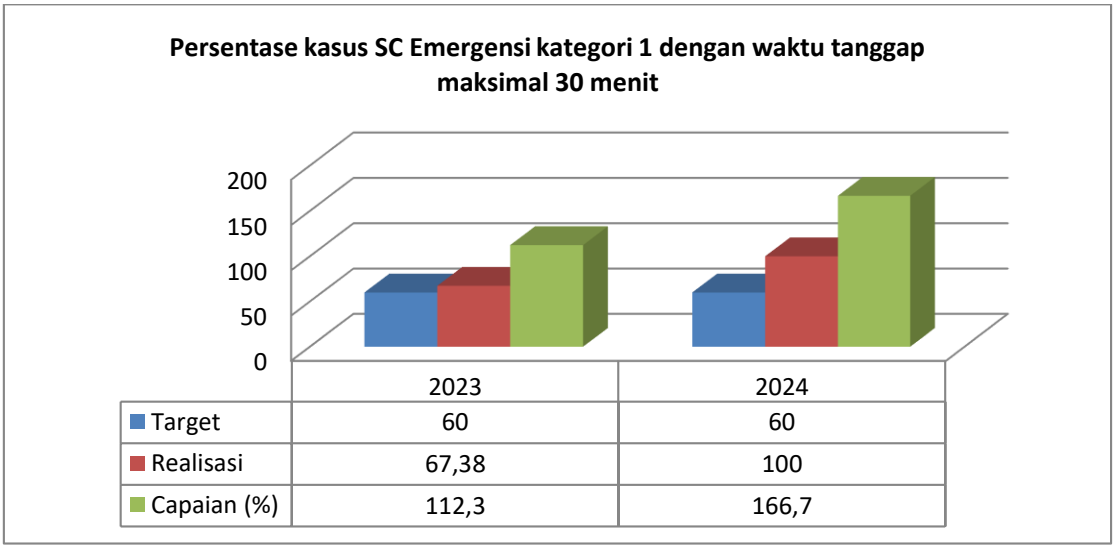
Sasaran 12: RPJMN

Untuk mencapai sasaran Indikator RPJMN ada 2 indikator yang ditetapkan yaitu Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 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.

12.a. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

Grafik 3.28. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit



	2023	2024
Target	60	60
Realisasi	67,38	100
Capaian (%)	112,3	166,7

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 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

Pada indikator Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit tercapai pada tahun 2023 dan tahun 2024.

Permasalahan :

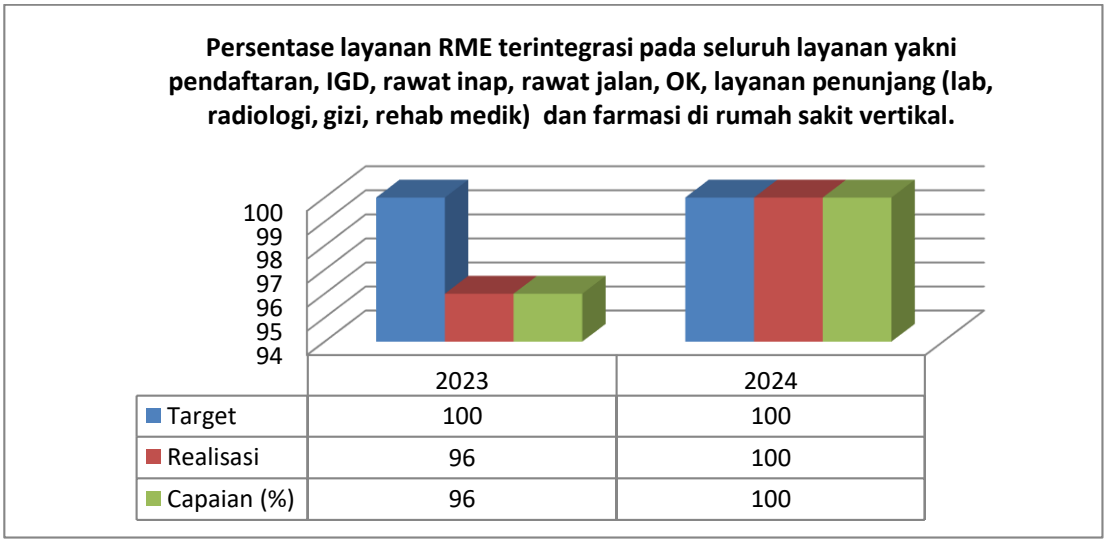
- Pada saat bersamaan kamar operasi IGD masih digunakan sehingga perlu menunggu antrian operasi
- Menunggu pemeriksaan hasil laboratorium

Tindak Lanjut:

- 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.

12.b.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 Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.



	2023	2024
Target	100	100
Realisasi	96	100
Capaian (%)	96	100

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 sudah tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Tindak lanjut:

- Mengaplikasikan dan melanjutkan pengembangan aplikasi tersebut.

Sasaran 13: Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan

Untuk mencapai sasaran terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan ada satu indikator yang ditetapkan. Tema penelitian 9 layanan prioritas yaitu Penyakit Layanan Prioritas yaitu stroke, kanker, kardiovaskuler, penyakit infeksi emerging, kesehatan ibu dan anak, kesehatan jiwa, uronefrologi, respirasi dan TBC.

13.a. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

Grafik 3.20 Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan



Capaian/kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2024 tercapai sebanyak 26 penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan dari target sebesar 10 publikasi penelitian.

Perhitungan:

= Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%

Permasalahan:

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

Tindak Lanjut:

- 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.
- Pemanfaatan hasil penelitian kepada layanan.
- Melakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan hasil penelitian.

Tabel 3.5 Daftar publikasi Penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

No	Nama Peneliti	Judul	Keterangan
1	eni susilowati, AMK	Hubungan Fatigue Dengan Kualitas Hidup Pasien Ca Mammae Yang Menjalani Kemoterapi Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
2	Lavania Arum Budiarti	Biaya Medik langsung Pasien Hipertensi Rawat Jalan Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
3	Ardik Widianto dkk	Hubungan Kemandirian Aktivitas dengan Konsep Diri pada Pasien Stroke di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
4	dr. Zakiah Novianti, Sp. P., M.Kes, Agus Suharto, S.Kep.Ners , Muhammad Yasir Sudarmo, S.Kep.Ners	Sujok as an alternative therapy to reduce dyspnea in patients with respiratory problems	Internasional
5	Umi Rahayu Widyasmara	Studi Kasus Pada Pasien Ca Mammae Residif Dextra Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
6	dr. Didit Fajar Nugroho dan dr Dian Ibnu	Patients' Satisfaction After Breast Reconstruction Surgery Using Autologous versus Implants: A Meta-Analysis	Internasional
7	Ardhy Khartika Dewi dkk	Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Perilaku Orang Tua Tentang Pencegahan Kejadian Pneumonia Pada Anak	Nasional
8	Rina Wijayanti Sagita, S.Kep.Ners., M.Kep	Managing Diabetic Foot Ulcer: Psychological Impact on a 53-Year-Old Woman	Internasional
9	Agus Suharto, S.Kep.Ners	Survival analysis of diabetes mellitus and cardiovascular patients with COVID-19: a secondary data analysis	Nasional
10	Dita Swandani, Suyamib, Arlina Dhian S.b	Hubungan Pengetahuan Orang Tua Dengan Kepatuhan Membawa Transfusi Darah Pasien Thalasemia di Ruang One Day Care (ODC) Thalasemia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
11	Jatu Parmawati	Uji Resistensi Bakteri Basil Gram Negatif Pada Sputum Penderita Pneumonia Terhadap Antibiotik Levofloxacin Dan Cefotaxim Di Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
12	dr. Peter Y. Atmaja	Detection of Pseudomonas aeruginosa pus wound isolate using a polymerase chain reaction targeting 16S rRNA and gyrB genes: A case from Indonesia	Internasional

13	Yeni Safitri	Pengaruh Pemberian Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Tingkat Kecemasan Pre Operasi Bedah Saraf Dengan General Anestesi Di Rsup Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
14	Meida Rachma Priwantika	Penerapan Buerger Allen Exercise Dalam Masalah Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Ruang Melati 2 Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
15	Charishma Karunia Putri Hanafi	Perbedaan Kadar Kreatinin Pada Pasien Hiperkolesterolemia Yang Disimpan 4 Jam Dan Disimpan 8 Jam Pada Suhu 20℃-25℃ di Rumah Sakit Pusat Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
16	Dewi Kartikasari	Penerapan Pemberian Jus Jambu Biji Pada Anak Dengue Hemorargik Fever (Dhf) Dengan Masalah Gangguan Pemenuhan Keseimbangan Cairan Di Ruang Menur Rsup Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
17	Susilo Hartono, Tri Nur Hidayati dan Agus Herianto	Pengaruh Posisi Duduk Terhadap Pertukaran Gas Dan Mekanika Pernapasan Pada Pasien Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Yang Terpasang Ventilasi Mekanis	Nasional
18	Finna Rachma Agustin	Relationship of Family Support on Self-Esteem in Patients with Breast Cancer who are Undergoing Chemotherapy	Nasional
19	dr. Dian Ibnu Wahid, Sp.B	The Effication of Low-Level Laser Therapy, Kinesio Taping, and Endermology on Post-Mastectomy Lymphedema: A Systematic Review and Meta-Analysis	Internasional
20	FIDA RATNAYATI	Penatalaksanaan Pasien Amputasi Transtibial Karena Diabetes Mellitus Dengan Menggunakan Transtibial Prosthesis Exoskeletalptb-SC di RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN	Nasional
21	Deanurtika Annisa Salsabila,	Proses Asuhan Gizi Terstandar (Pagt) Pada Pasien Insulin- Dependent Diabetes Mellitus, Essential (Primary) Hypertension, Varicella Without Complication di RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.	Nasional
22	Anes Nur Indranettasa	Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil Tentang Bahaya Anemia	Nasional
23	Kurniasih Annisa Prastiwi	Studi Kesesuaian Pemberian Antibiotik Pada Pasien Pnemonia di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional

24	Tri Windarti	Pengaruh Hipnoterapi Untuk Mengurangi Efek Samping Kemoterapi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	Nasional
25	Shifa Santoso	Studi Kasus: Asuhan Keperawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea dengan Indikasi Bayi Sungsang di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nasional
26	Rico Maulana Nugroho	Pendekatan Model Adaptasi Roy dalam Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan pada CAD-3VD pro CABG: Studi Kasus	Nasional

Sasaran 14: Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

Untuk mencapai sasaran Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional ada 5 indikator yang ditetapkan. Dari 5 indikator yang ditetapkan tercapai 3 indikator, belum tercapai 1 indikator, dan indikator yang periode perhitungannya 1 tahun ada 1 indikator.

14.a. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Pada tahun 2024 ini progress terhadap rencana kerjasama internasional sampai pada tahap penjajakan dengan dr Tik Tan yaitu dokter spesialis bedah plastik yg bekerja di Haaglanden Medisch Centrum (HMC) Bronovo Hospital Den Haag dan Park Medisch Centrum en Parkkliniek Rotterdam. dr Tik Tan merupakan anggota Asosiasi Bedah Plastik Belanda dan Asosiasi Bedah Estetika Belanda Negara.

Permasalahan:

- Masih bersiap untuk membahas rencana pengembangan Layanan Bedah Plastik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
- Belum ada kesepakatan terkait pembahasan Perjanjian PKS International dengan Belanda
- Pangsa Pasar untuk layanan Bedah Plastik

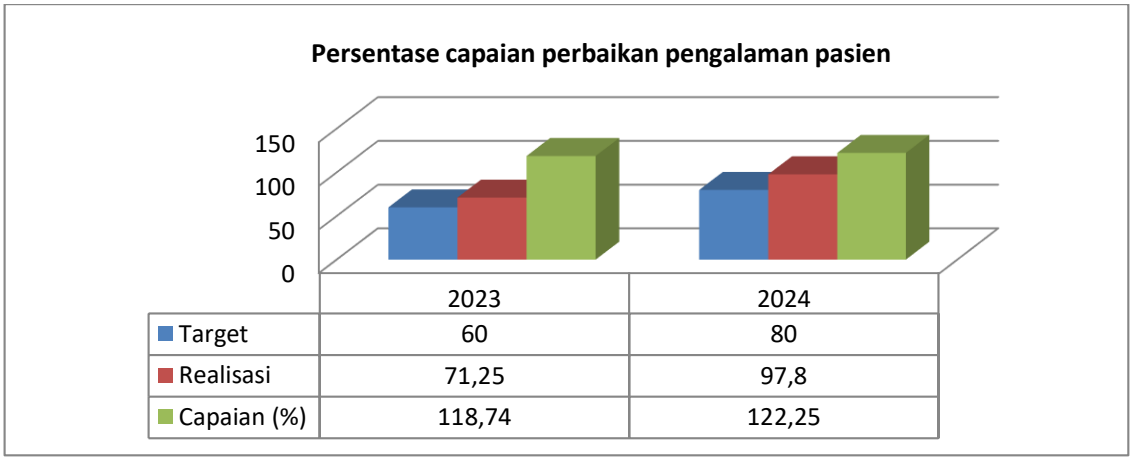
Tindak Lanjut:

- Mempersiapkan data-data terkait rencana kerjasama internasional dengan Belanda.

14.b. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien.

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.21 Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien.



	2023	2024
Target	60	80
Realisasi	71,25	97,8
Capaian (%)	118,74	122,25

Capaian/kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2023 tercapai sebesar 118,74% dan pada tahun 2024 tercapai 122,25% dari target kinerja yang ditetapkan. Indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien ini terdiri dari 2 indiktor yaitu, persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar dan persentase waktu layanan end to end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.

Permasalahan :

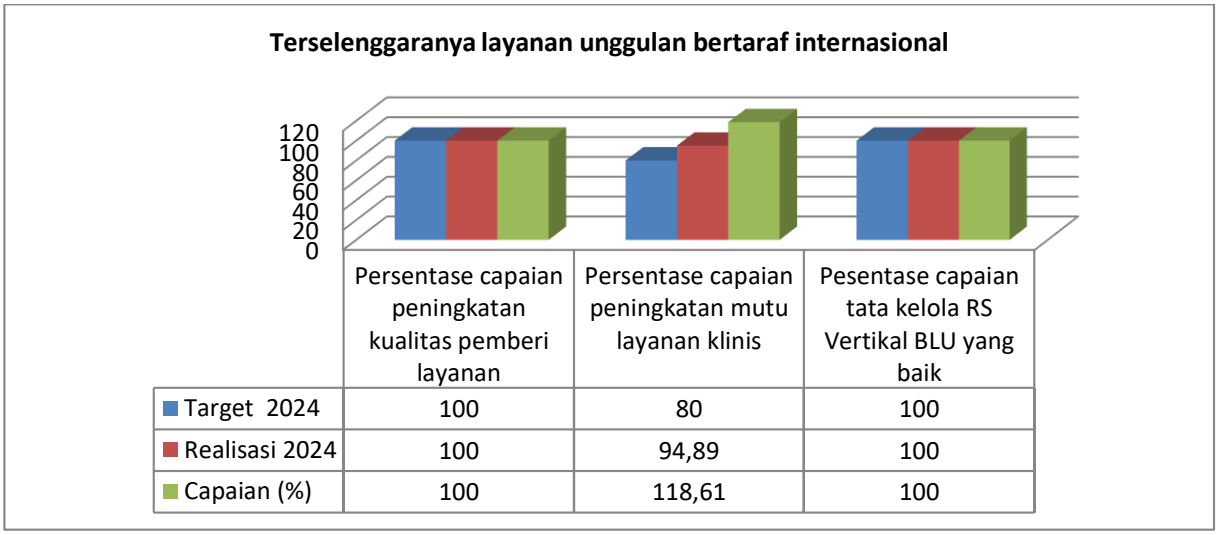
- Pada tahun 2024 ini sudah dikelola oleh pihak ketiga.
- Pembayaran cashless kurang diminati oleh pengunjung atau pasien
- Pembuatan SEP membutuhkan waktu sekitar 30 menit (petugas membutuhkan waktu dalam melakukan verifikasi data pasien, untuk kelayakan klaim dan keaktifan kartu BPJS).
- Satu dokter mengampu dua klinik sekaligus, misalnya : Klinik penyakit dalam dan klinik geriatri; klinik kesehatan anak dan klinik kardiologi anak.
- Dokter di jam yang sama harus visite bangsal dan pelayanan di poli.
- Antrian Panjang dan durasi pemeriksaan satu pasien membutuhkan waktu yang lebih lama (15 – 20 menit), misalnya poli kardiologi anak, poli onkologi thoraks, poli hematologi onkologi. (poli onkologi harus mengisi protokol kemoterapi, protokol obat sitostatika, menghitung dosis ulang, penggantian regimen terapi)
- Kedatangan dan check in pasien tidak memperhatikan jam mulai pelayanan

Tindak lanjut :

- Dibuat atau dicari mekanisme untuk pembayaran non tunai dengan e-money di pintu masuk parkir.
- Pengaturan check in pasien berdasar jadwal dokter dan kuota pelayanan per-jam
- Pengaturan jam pelayanan dokter dan jumlah kuota pelayanan di Poliklinik
- Pembuatan SEP apakah belum bisa diautomasi ,apabila bisa automasi, harapannya bisa memangkas waktu tunggu SEP
- Sinkronisasi jam mulai pelayanan dokter di poliklinik dengan jam yang tertera di balasan whatsapp/ karcis check-in.
- Pengaturan penjadwalan dari KSM baik di poliklinik, rawat inap, igd dan kamar operasi
- Usulan kepada DPJP agar memilihkan jadwal kontrol sesuai saat DPJP tersebut praktik di poliklinik (sementara ini DPJP ranap hanya bisa untuk meng Klik tanggal dan nama poli, tidak bisa memilih opsi nama DPJP. Dan mengusulkan untuk SIMRS; di form discharge summary ranap untuk menambahkan kontrol dengan nama dokter yang dituju, (di SIM RS terfasilitasi keterangan cuti, dinas luar, hari libur, dlll).

14.c Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Grafik 3.22 Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional



	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
Target 2024	100	80	100
Realisasi 2024	100	94,89	100
Capaian (%)	100	118,61	100

Capaian / kondisi yang dicapai:

Perhitungan persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan:

= Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit.

Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan pada tahun 2024 mencapai 100%, hal ini berarti bahwa semua komplain kategori non-medis <24 jam bisa diselesaikan semua dengan baik. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menerima dan melakukan penanganan complain yang masuk melalui saluran pengaduan yang tersedia, meneruskan komplain pada unit kerja untuk ditindaklanjuti dan mendapat jawaban /klarifikasi. Komplain yang masuk selain diselesaikan juga menjadi sarana dan upaya perbaikan terus-menerus untuk menjadikan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat.

14.d Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Capaian / kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis:

= Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan ungulan RS pada 10 layanan prioritas

Capaian indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis tahun 2024 tercapai melebihi target sebesar 118,61%.

Permasalahan:

- Indikator klinis yang capaiannya masih rendah yaitu pada kasus DM dengan indikator skrining Komplikasi Mikrovaskuler dan skrining Komplikasi Makrovaskuler pada pasien DM.
- Analisa ketidaktercapaiannya yaitu pemeriksaan funduskopi ke poli mata, tidak semua pasien berkenan karena waktu yang diperlukan bertambah, terkadang ada yang ke poli UPD sudah dari poli mata, tidak tahu apakah pasien tersebut masuk ke data DM bulanan atau tidak, dan data yang masuk dari poli saja, dari instalasi rawat inap tidak ada data masuk untuk nefropati apakah untuk pemeriksaan ACR urin sewaktu yang dibutuhkan belum dilakukan, baru pemeriksaan ureum, creatinin, dan urin rutin biasa, jadi tidak masuk dalam hitungan data DM bulanan.
- Indikator Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM, analisa ketidaktercapaiannya yaitu pemeriksaan kaki diabetes dengan USG doppler

biasanya tidak dirujuk ke kardiologi, tetapi langsung diberikan form dari UPD sendiri dan data pemeriksaan ABI tidak muncul di data rekam medik DM bulanan, jadi data yang didapat sedikit. Pemeriksaan kaki diabetes membutuhkan waktu cukup panjang, sehingga melakukannya bersamaan dengan pasien UPD lainnya membuat kesulitan

Tindak lanjut:

- Memasukkan data semua pasien DM baik dari poli UPD maupun poli mata yang dikonsulkan karena retinopati DM termasuk rawat jalan dan rawat inap.
- Ada CP terkait pemeriksaan nefropati pada pasien DM.
- Memasukkan data-data USG doppler dan ABI sehingga bisa muncul di data rekam medik pasien DM.
- diagendakan hari khusus poli dan atau SDM khusus untuk pasien-pasien kaki diabetes/CP pasien-pasien kaki diabetes

14.e Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

Capaian /kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik:

= Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu

Capaian indikator persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik tahun 2024 tercapai sesuai target yang ditetapkan, sebesar skor 100. Nilai ini merupakan rata-rata dari rasio kas bulan Desember sebesar 287,59 yang memperoleh skor 100 dengan rasio PNBP terhadap Biaya Operasional sebesar 86,14% dengan skor 100, sehingga diperoleh hasil skor sebesar 100.

Permasalahan:

- Nilai rasio kas awal tahun 2024 tidak sesuai nilai standar (180%-360%)

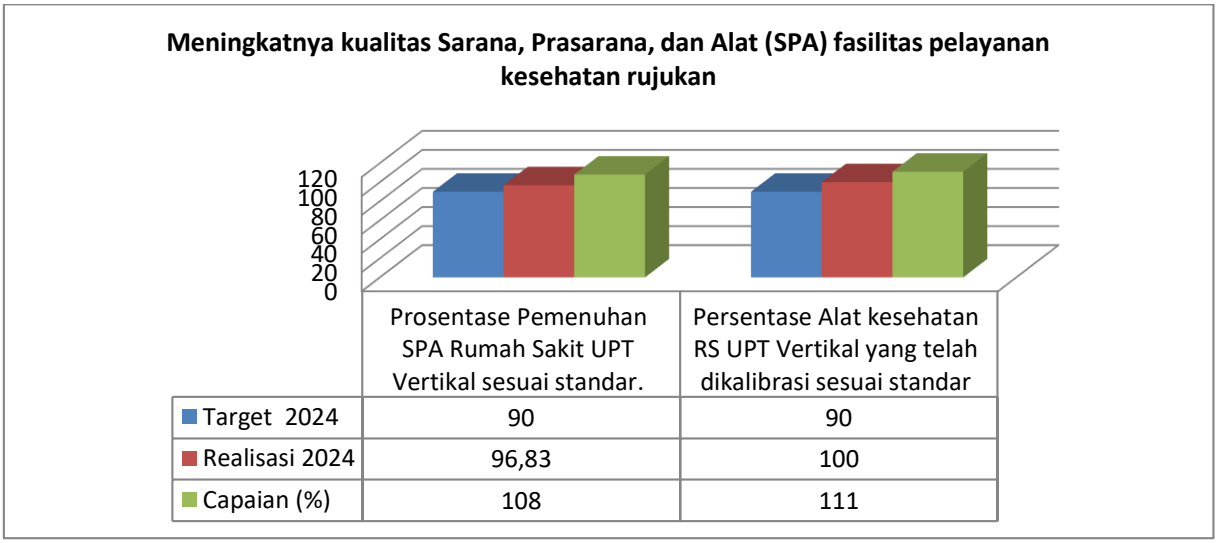
Tindak lanjut:

- Rasio kas sesuai standar berada pada range nilai 240<RK<300,
- Memantau dan mengevaluasi arus kas
- Melakukan perencanaan kas yang baik dan mengelola piutang yang efektif terutama dalam hal kebijakan penagihan.
- Apabila kas dan setara kas lebih dari 3 kali kewajiban jangka pendek maka lebih baik dialihkan ke dalam investasi jangka pendek.

Sasaran 15: Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan

Untuk mencapai sasaran Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan ada 2 indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah meningkatkan persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar.

Grafik 3.25 Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan



	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
Target 2024	90	90
Realisasi 2024	96,83	100
Capaian (%)	108	111

15.a. Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Capaian persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar tahun 2024 sebesar 96,83% tercapai melebihi target yang ditetapkan sebesar 90%.

Tindak lanjut:

- Melakukan pemutakhiran data secara berkala dalam Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (ASPAK).
- Melakukan monitoring dan evaluasi terkait kelengkapan sarpras dan alat Kesehatan

15.b. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Capaian Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar tahun 2024 sebesar 100% tercapai melebihi target yang ditetapkan sebesar 90%. Kalibrasi peralatan medis di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro dilakukan melalui dua Lembaga, pertama dilakukan oleh LPFK dan telah dilakukan MOU. Saat ini sedang dilakukan pengujian kalibrasi alat dengan target pekerjaan 75 % dan yang kedua dilakukan oleh

Lembaga kalibrasi swasta yang bersertifikat jika terdapat alat kesehatan yang tidak dapat dikalibrasi oleh LPFK, target pekserjaan 25%.

Sasaran 16: Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

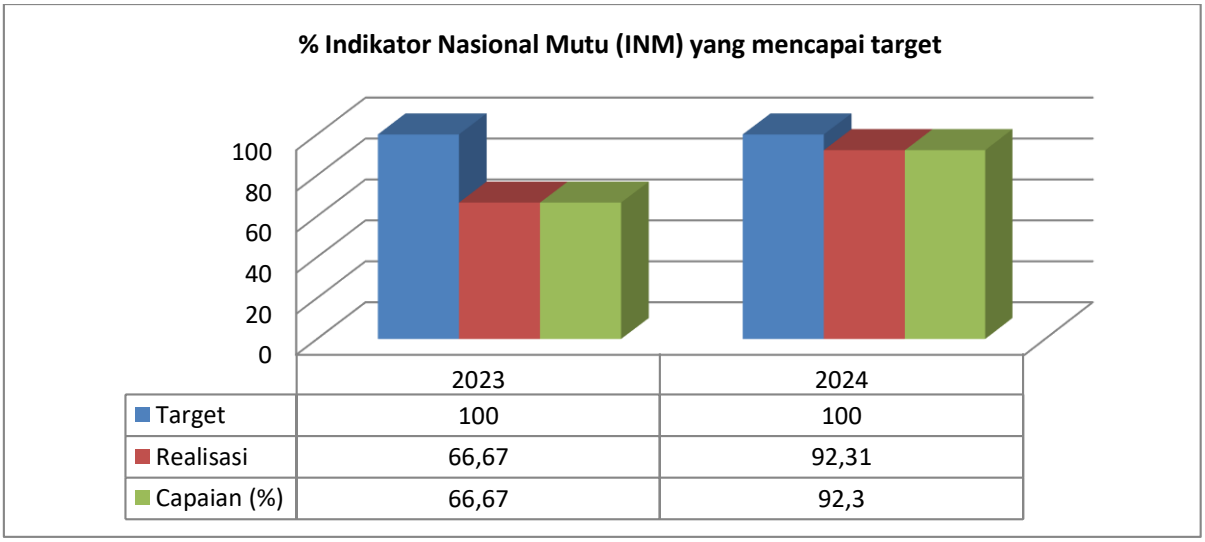
Untuk mencapai sasaran Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan ada 7 indikator yang ditetapkan dari 7 indikator, 2 diantaranya periode perhitungannya tahunan. Sasaran dari indikator ini adalah mewujudkan fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu.

16.a . Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

=Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.24 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target.



	2023	2024
Target	100	100
Realisasi	66,67	92,31
Capaian (%)	66,67	92,3

Capaian/kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2023 tercapai sebesar 61.67% dan pada tahun 2024 tercapai 92.31%. Dari 13 indikator mutu yang dimaksud, terdapat satu indikator yang belum mencapai target yaitu kepatuhan identifikasi pasien yang standar nya 100% baru tercapai 99.79%.

Permasalahan :

- Belum tercapainya indikator ini menunjukkan masih banyak Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang belum melakukan identifikasi secara benar dan tepat.
- Selain itu, beberapa unit masih melakukan pengukuran data berdasarkan jumlah pasien bukan jumlah pemberi pelayanan sesuai profil indikator Kemenkes terbaru. Konfirmasi ke unit sudah dilakukan tetapi masih belum ada perubahan

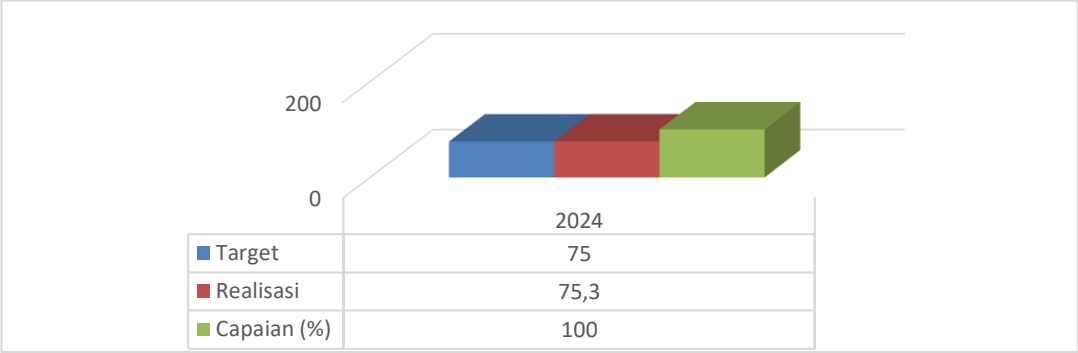
Tindak lanjut:

- 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.
- Melakukan validasi data capaian indikator tiap unit.

16.b Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

=Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ Budaya keselamatan: budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.

Grafik 3.25 Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan



Capaian/kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2024 tercapai sebesar 75.3% dari target sebesar 75%. Indikator survey budaya keselamatan bertujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien dalam

masing-masing dimensi budaya keselamatan, serta mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Permasalahan :

- Rumah sakit harus berusaha keras untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan sebagai penyedia layanan. Rumah sakit sebagai instituei kesehatan, harus meningkatkan kualitas dan memberikan layanan yang sesuai dengan standar.

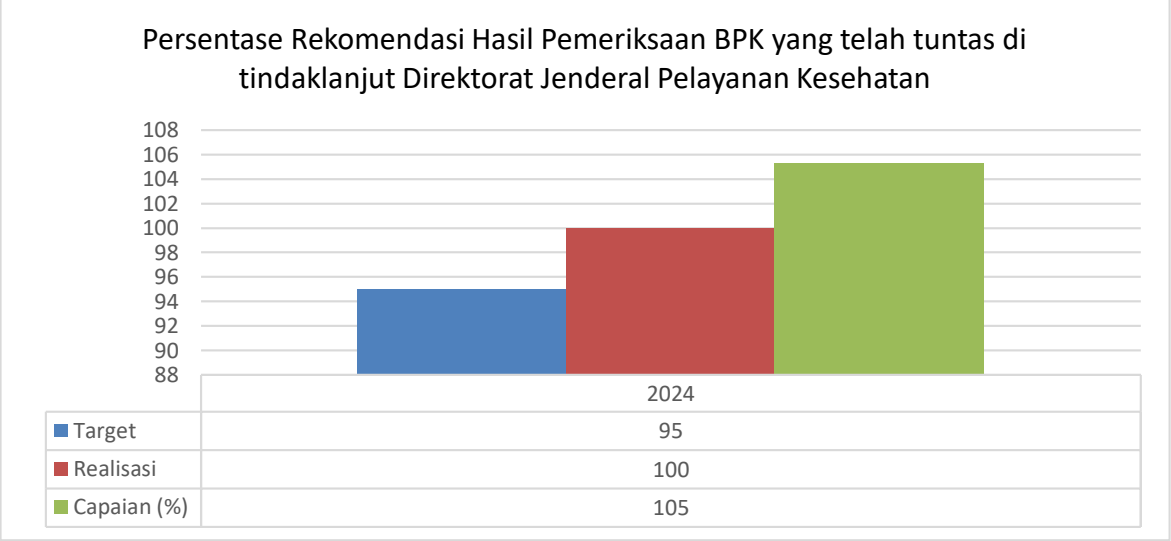
Tindak lanjut:

- Meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan keselamatan pada pasien.
- Penelitian ini menjadi langkah awal sekaligus evaluasi terhadap program keselamatan pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
- Penelitian ini menjadi dasar pembuatan kebijakan keselamatan pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

16.c.Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

=Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti / dengan Jumlahkumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK

Grafik 3.26 Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan



Capaian/kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2024 tercapai sebesar 100% dari target sebesar 95% artinya semua rekomendasi BPK sudah ditindaklanjuti. Rekomendasi BPK merupakan *tools utama* dalam melakukan perbaikan yang akhirnya dapat mendorong transparansi dan akuntabilitas pengelolaan keuangan Negara.

Permasalahan :

- Pemantauan terhadap pelaksanaan tindak lanjut hasil pemeriksaan

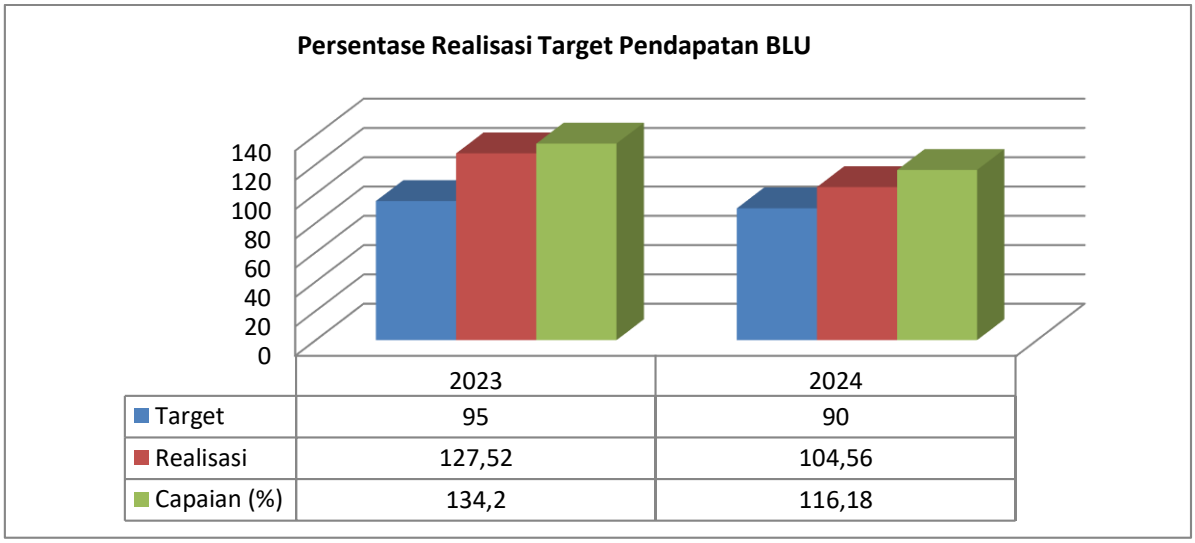
Tindak lanjut:

- Memperbaiki pengelolaan dan tanggungjawab keuangan Negara/Rumah sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro.
- Melakukan pemantauan tindak lanjut hasil pemeriksaan untuk meningkatkan efektivitas pelaporan hasil pemeriksaan serta membantu dalam memperbaiki tata kelola Rumah Sakit.

16.d. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.27 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU



	2023	2024
Target	95	90
Realisasi	127,52	104,56
Capaian (%)	134,2	116,18

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU:

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya

Capaian indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 2023 tercapai 127.52% dan tahun 2024 tercapai 104.56% yang artinya pendapatan tahun 2023 dan 2024 mencapai target yang ditetapkan. Target pendapatan pada tahun 2024 sebesar Rp 413.000.000.000,-.

Permasalahan:

- Pasien Non JKN masih sedikit dalam kontribusi pendapatan RS karena sebagian besar pasien JKN. Proporsi pendapatan non JKN masih dibawah 20%.

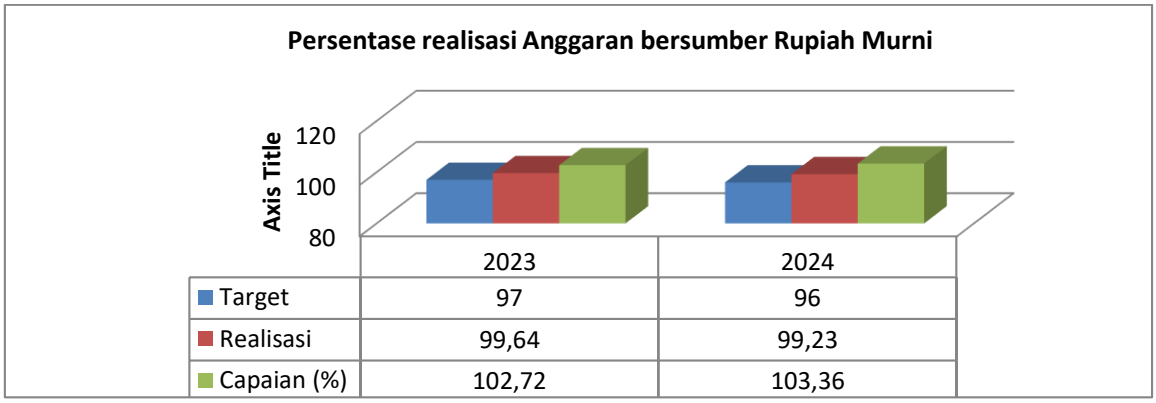
Tindak lanjut:

- Melengkapi persyaratan dan dokumen penunjang
- Melakukan strategi promosi aktif ke RSUD dan RS Swasta Besar ke sekitar Solo Raya (RSUD Sukoharjo, RSUD Pandanarang, RSUD Wonogiri, RSUD Tidar Magelang, RSUD Sragen, dan RS swasta-swasta lain)
- Meningkatkan jenis layanan jantung terpadu (Monitoring Holter, PCI Rotablator)
- Membuka layanan high cost inovatif (transplantasi ginjal, cangkok sumsum tulang, open heart surgery)
- Membuka layanan radioterapi
- Meningkatkan kapasitas ICU
- Membuat program unggulan layanan per KSM

16.e. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.28 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni



	2023	2024
Target	97	96
Realisasi	99,64	99,23
Capaian (%)	102,72	103,36

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni:

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %

Capaian indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni tahun 2023 tercapai 99,64% dan tahun 2024 tercapai 99,23% dari target.

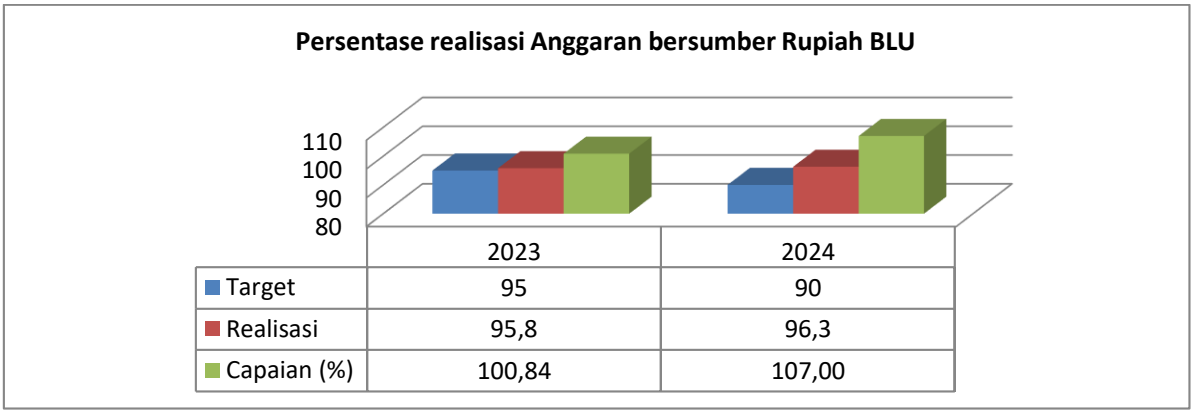
Analisa:

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

16.e. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.29 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU



	2023	2024
Target	95	90
Realisasi	95,8	96,3
Capaian (%)	100,84	107,00

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU:

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU

Capaian indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU 2023 tercapai 95,8% dan tahun 2024 tercapai 96,3%.

Permasalahan:

- Penyerapan pada Pekerjaan konstruksi terjadi diakhir tahun disebabkan masa kontrak kerja berakhir di akhir bulan Desember 2024

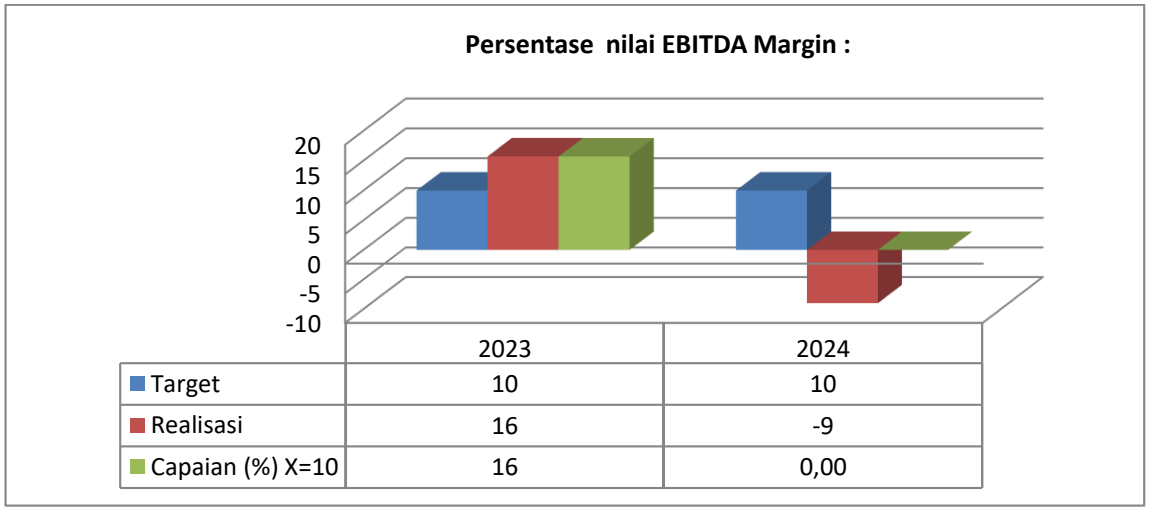
Tindak Lanjut:

- Pembangunan gedung atau pekerjaan konstruksi menggunakan lelang praDipa
- Mengawal pekerjaan renov Gedung, menghire tenaga ahli untuk mengawasi pekerjaan konstruksi.

16.g. Persentase nilai EBITDA Margin :

Perbandingan capaian kinerja tahun 2023 dan 2024, yaitu:

Grafik 3.29 Persentase nilai EBITDA Margin



	2023	2024
Target	10	10
Realisasi	16	-9
Capaian (%) X=10	16	0,00

Capaian indikator Persentase nilai ebitda margin tahun 2024 menurun apabila dibandingkan dengan ebitda margin tahun 2023.

Permasalahan:

- Pada laporan SAK Penerimaan Rupiah Murni/APBN tidak diakui sebagai pendapatan tetapi pengeluaranya diakui sebagai beban sehingga indikator rasio beban pegawai, gross margin, operating margin, dan EBITDA margin tidak memenuhi standar

Tindak Lanjut:

- Tahun 2025 ditargetkan nilai ebitda margin sebesar 1%

A.4 Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2024 tidak terlepas dari tersedianya Sumber Daya yang ada baik sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan sumber daya sarana dan prasarana.

1. Sumber Daya Manusia

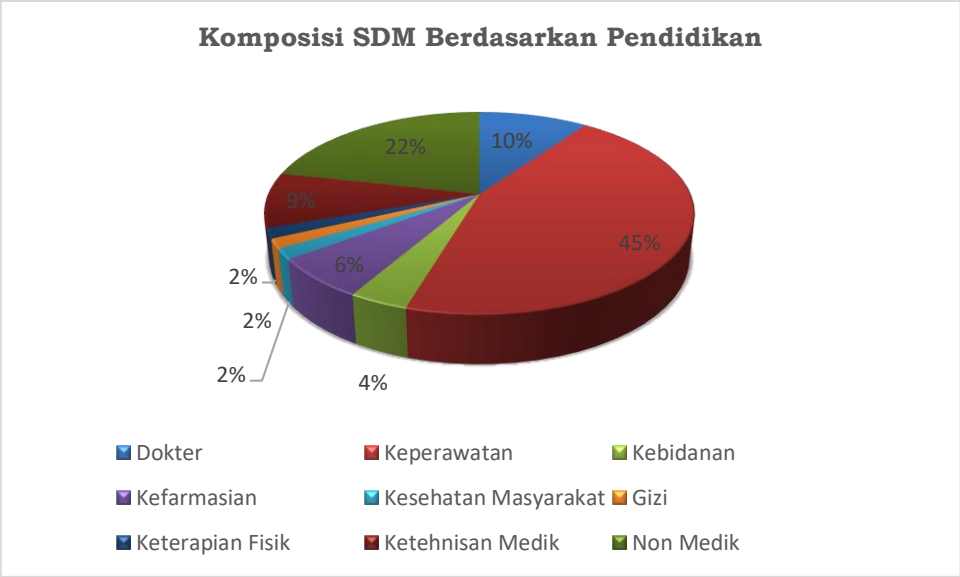
   RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai instansi pemerintah yang ditetapkan sebagai instansi dengan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum, bahwa sumber daya manusia (pegawai) yang dimiliki tidak hanya pegawai negeri sipil (PNS), tetapi juga pegawai non PNS/Badan Layanan Umum. Berikut kami sampaikan peta sumber daya manusia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten per 31 Desember 2024:

Tabel 3.6: Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan

(per 31 Desember 2024)

NO	Status Kepegawaian	PNS	CPNS	PPPK	BLU TETAP	KONTRAK	DOKTER TAMU	JUMLAH
1	Dokter	90	0	13	2	0	17	122
2	Keperawatan	330	0	134	0	92		556
3	Kebidanan	32	0	4	9	2		47
4	Kefarmasian	31	0	31	1	17		80
5	Kesehatan	11	0	8	2	0		21
6	Gizi	14	0	5	0	0		19
7	Keterapian Fisik	17	0	3	0	0		20
8	Ketehnisan Medik	68	0	34	1	6		109
9	Non Medik	119	0	34	53	61		267
	Jumlah	**712**	**0**	**266**	**68**	**178**	**17**	**1241**

Grafik 3.31 Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Pendidikan



Manajemen rumah sakit terus mengupayakan program pemberdayaan sumber daya manusia melalui moratorium penerimaan pegawai, hal ini dilaksanakan guna efisiensi serta efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan di lingkungan RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro. Untuk analisis atas efisiensi penggunaaan sumber daya manusia, RSUP dr.Soeradji Tirtonegoro memberikan tanggungjawab kinerja kepada bagian yang berhubungan dengan target kinerja dan setiap pegawai melaksanakan kinerja sesuai tupoksi masing-masing serta membuat laporan kinerja berupa log book.

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

2. Sumber Dana/Anggaran

Sumber dana/Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2024 berjumlah Rp. 613.390.716.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp. 74.414.397.000,- dan anggaran Badan Layanan Umum (BLU) Rp. 488.779.647.000,- dan anggaran PHLN Rp 50.196.672.000,-. Penyerapan tahun 2024 dari anggaran rupiah murni sebesar Rp.73.842.542.070,- atau 99,23%, penyerapan dari anggaran Badan Layanan Umum Rp. 470.704.774.037,- atau 99,30%. Penyerapan anggaran rupiah murni, anggaran Badan Layanan umum dan anggaran PHLN tahun 2024 sebesar Rp.594.233.716.107,- atau 96,88% dari pagu.

3. Efisiensi

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

- Efisiensi pengadaan barang/jasa. Proses pengadaan dilakukan oleh PPK melalui lelang LPSE maupun e catalog
- Efisiensi Keuangan :

✓Pengiriman SDM yang melakukan perjadin sangat selektif

✓Penyelenggaraan rapat-rapat didalam kantor, tidak dihotel/diluar.

✓Persetujuan Anggaran hanya bagi unit kerja yang sudah menyampaikan usulan melalui RKT/RBA

- Efisiensi SDM
- Efisiensi Waktu
- Efsiensi Pemanfaatan Fasilitas dan Aset

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 3.7: Efisiensi pengadaan barang dan jasa

NO	Uraian	Anggaran PBJ
1	RAB di PP/ HPS	76.553.153.904,45
2	Negosiasi	68.948.695.063,46
3	Efiaiensi HPS	7.604.458.840,99

Kegiatan pengadaan selama tahun 2024 terdiri dari tender sebanyak 25 kegiatan, E katalog/ E Pengadaan langsung sebanyak 65 kegiatan, TL / PL sebanyak 181 kegiatan dan E Purchasing sebanyak 299 kegiatan. Jumlah pengadaan tahun 2024 sebanyak 570 kegiatan dan 1200 surat penunjukan.

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 budaya kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.
3. Mempercepat pengembangan IT yang terintegrasi
4. Membina kerjasama dengan pihak-pihak terkait diluar rumah sakit maupun rumah sakit jejaring untuk menunjang pengembangan pelayanan.
5. Implementasi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS)
6. Meningkatkan program promosi RS melalui pelayanan kesehatan baik di dalam RS maupun di luar RS (Kabupaten Klaten dan sekitarnya).

B. Realisasi Kinerja

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

Tabel 3.8. Tabel Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja

No	BELANJA	TAHUN 2024			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
A	**Rupiah Murni**				
1	Pembayaran Gaji dan Tunjangan PNS	59.410.225.000	59.004.888.138	405.336.862	99,32
2	Pembayaran Gaji dan Tunjangan PPPK	15.004.172.000	14.837.653.932	48.817.717.248	98,89
	Jumlah Anggaran RM	**74.414.397.000**	**73.842.542.070**	**571.854.930**	**99,23**
B	**Badan Layanan Umum**				
1	Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	22.904.683.000	22.881.025.476	23.657.524	99,90
2	Penggunaan saldo Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	40.145.518.000	39.996.841.848	148.676.152	99,63
3	Obat-Obatan dan BMHP	100.000.000.000	97.872.154.644	2.127.845.356	97,87
4	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai	4.289.368.000	4.154.902.537	134.465.463	96,87
5	Renovasi Gedung Layanan - LR	17.001.514.000	15.851.288.864	1.150.225.136	93,23
6	Pengadaan Alat Non Medik - BLU	12.599.062.000	11.616.691.102	982.370.898	92,20
7	Bahan Makanan Pasien	5.865.907.000	5.278.406.368	587.500.632	89,98
8	Peningkat Daya Tahan Tubuh	1.750.002.000	1.715.385.654	34.616.346	98,02
9	Operasional dan Pemeliharaan RS	65.937.714.000	63.513.569.457	2.424.144.543	96,32
10	Dukungan Pelayanan Melalui Pihak Ketiga-Belanja Barang	31.353.458.000	31.172.089.093	181.368.907	99,42
11	Insentif Pelayanan	7.280.297.000	7.205.404.268	74.892.732	98,97
12	Biaya Modal Tanah	560.000.000	0	560.000.000	0,00
13	Belanja Gaji dan Tunjangan	165.200.000.000	159.904.426.563	5.295.573.437	96,79
14	Sewa Kendaraan Jabatan	297.036.000	292.123.354	4.912.646	98,35
15	Pengembangan SDM	5.639.015.000	5.043.426.682	595.588.318	89,44
16	Layanan Pemantauan dan	64.000.000	64.000.000	0	100,00
17	Fasilitasi Pengelolaan	1.943.725.000	691.578.746	1.252.146.254	35,58
18	Pelatihan Keterampilan dan	5.872.948.000	3.450.343.769	2.422.604.231	58,75
19	Pengawasan dan Audit Proyek	75.400.000	1.115.612	74.284.388	1,48
	Jumlah Anggaran BLU	**488.779.647.000**	**470.704.774.037**	**18.074.872.963**	**96,30**
C	**PHLN**	**50.196.672.000**	**49.686.400.000**	**510.272.000**	**98,98%**
	Jumlah Anggaran RM, BLU dan PHLN	**613.390.716.000**	**594.233.716.107**	**19.156.999.893**	**96,88%**

Tabel 3.9. Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU

Belanja:	Pagu Anggaran (Rp)	Realisasi Belanja (Rp)	% dari pagu
RM	**74.414.397.000**	**73.842.542.070**	**99,23**
Pegawai	74.414.397.000	73.842.542.070	99,23
BLU	**488.779.647.000**	**470.704.774.037**	**96,30**
Barang	391.980.290.000	377.118.510.376	96,21
Modal	96.799.357.000	93.586.263.661	96,68
PHLN	**50.196.672.000**	49.686.400.000	0,00
Jumlah	**613.390.716.000**	**594.233.716.107**	**96,88**

Tabel 3.10 Realisasi Pendapatan Tahun 2024

No	Pendapatan	Rp
1	Jasa Pelayanan umum	27.424.584.816,50
2	Jasa Pelayanan BPJS	384.358.784.846,00
3	Hasil Kerja sama Lembaga / Badan Usaha	769.358.864,00
4	Jasa Perbankan	17.409.918.929,27
5	Akibat dari Pengadaan Barang dan Jasa BLU	71.462.675,00
6	Pendapatan Sewa Lahan	879.120.000,00
7	Pendapatan Sewa Ruang	247.932.800,00
8	Pendapatan Pelayanan dari Satu Kementerian	155.411.000,00
9	Penerimaan Kembali Belanja Barang Tahun lalu	7.015.135,00
10	Penerimaan Kembali Belanja Modal Tahun lalu	129.737.215,00
11	Pendapatan Lain-lain BLU	362.268.169,00
	Jumlah Pendapatan	**431.815.594.449,77**
	Target Pendapatan	**413.000.000.000.00**
	% Capaian Pendapatan	**104,56**

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	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100	100%	tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	95,92	113%	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	106%	tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,24	200%	tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4	10,79	0%	belum tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	3	3	100%	tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	90,02	113%	tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2	100%	tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2	100%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	93,53	110%	tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	100	109,78	110%	tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	39	54	138%	tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2	100%	tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	86,14	96%	belum tercapai
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	100	90,39	90%	belum tercapai
INDIKATOR DIREKTIF								
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	<2.5	2,22	111%	tercapai
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	2	1	50%	belum tercapai
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	10	-4,37	0%	belum tercapai
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	60	100	167%	tercapai
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	100	100	100%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	10	26	260%	tercapai
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan	1	0	0%	belum tercapai
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	80	97,80	122%	tercapai
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	100	100	100%	tercapai
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	80	94,89	119%	tercapai
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	100	100	100%	tercapai
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	90	96,83	108%	tercapai
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	90	100	111%	tercapai
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	100	92,31	92%	belum tercapai
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	SBK>75	75,3	100%	tercapai
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95	100	105%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
		32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	90	104,56	116%	tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	96	99,23	103%	tercapai
		34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	90	96,3	107%	tercapai
		35	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe Organisasi 3 10	-9	0%	belum tercapai
	Capaian Kinerja						101%	

Dari ke 35 indikator kinerja utama apabila diperbandingakan dengan target tahun 2024 sebanyak 27 (77,14%) indikator tercapai, 8 (22,86%) indikator belum tercapai. Indikator yang belum tercapai pada tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1. Angka Kematian Bayi di RS
2. Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)
3. Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
4. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit
5. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
6. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional
7. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
8. Persentase nilai EBITDA Margin.

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut

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

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Melengkapi sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan subspesialis.
3. Membangun kerjasama yang sinergis antara Timker Pelayanan Medik dengan Timker Pemasaran dan Humas 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. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
6. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

LAMPIRAN

1. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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 : Plt. Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., 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, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,	Pihak Pertama
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS	**dr. Endang Widyaswati, M.Kes**
NIP. 197106262000031002	**NIP 196402141990022001**

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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%
5.	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat 3
	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/th	100%
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	39 penelitian
		Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	Skor 2

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	PERSPEKTIF KEUANGAN		
8.	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	90%
	INDIKATOR WAJIB		
9.	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%
	INDIKATOR DIREKTIF		
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2.5%
		Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
12	RPJMN	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%
		Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	100%
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 Layanan

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%
		Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
		Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
		Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	90%
		Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory).	90%
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	SBK>75%
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Persentase nilai EBITDA Margin :	Tipe Organisasi 3 10%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 375.196.672.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 54.422.406.000,-
Total	**Rp 429.619.078.000,-**

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP. 197106262000031002

Pihak Pertama,

dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001

2. CAPAIAN INDIKATOR RSB TAHUN 2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN								
1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan Kompetensi sesuai standar	1	Prosentase Kompetensi SDM	%	100	100	100%	tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	95,92	113%	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	106%	tercapai
4	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup	4	Angka Kematian Ibu di RS	%	<2	0,24	200%	tercapai
		5	Angka Kematian Bayi di RS	%	4	10,79	0%	belum tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	3	3	100%	tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	90,02	113%	tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	2	2	100%	tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	2	2	100%	tercapai
7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	93,53	110%	tercapai
		11	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th	%	100	109,78	110%	tercapai
		12	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	penelitian	39	54	138%	tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	2	2	100%	tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN								
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	86,14	96%	belum tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
INDIKATOR WAJIB								
9	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	15	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	100	90,39	90%	belum tercapai
INDIKATOR DIREKTIF								
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	16	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	<2.5	2,22	111%	tercapai
		17	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	laporan	2	1	50%	belum tercapai
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	18	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	10	-4,37	0%	belum tercapai
12	RPJMN	19	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	60	100	167%	tercapai
		20	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	%	100	100	100%	tercapai
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	10	26	260%	tercapai
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	22	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Layanan	1	0	0%	belum tercapai
		23	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	80	97,80	122%	tercapai
		24	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	%	100	100	100%	tercapai
		25	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	80	94,89	119%	tercapai
		26	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	100	100	100%	tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024		No	Indikator Kinerja	SATUAN	Target 2024	2024		Ket
						Realisasi	Capaian	
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	27	Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	%	90	96,83	108%	tercapai
		28	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	90	100	111%	tercapai
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	29	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	100	92,31	92%	belum tercapai
		30	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	SBK>75	75,3	100%	tercapai
		31	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95	100	105%	tercapai
		32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	90	104,56	116%	tercapai
		33	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	96	99,23	103%	tercapai
		34	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	90	96,3	107%	tercapai
		35	Persentase nilai EBITDA Margin :	%	Tipe Organisasi 3 10	-9	0%	belum tercapai
	Capaian Kinerja						101%	

3. DEFINISI OPERASIONAL INDIKATOR RSB TAHUN 2024

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	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)
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	*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	$\frac{\text{kematian bayi lahir hidup 0-28 hari}}{\text{jumlah bayi lahir hidup 0-28 hari}} \times 100\%$
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.
Formula	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).
Bobot IKU (%)	4
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	Hasil Penilaian IKM / Skala Maksimal Nilai IKM x 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	Jumlah kunjungan Pasien Kanker pada tahun berjalan / jumlah kunjungan pasien kanker pada tahun lalu 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
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	$\frac{\text{Hasil Penilaian IKPD}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKPD}} \times 100\%$
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	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	Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan /th
Definisi Operasional	Pelatihanadalahsemaukegiatanpeningkatankompetensikaryawan yang dilakukanbaikdirumahsakitataupundiluarrumahsakit yang bukanmerupakanpendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun
Formula	$\frac{\text{Jumlahkaryawan yang mendapatpelatihan minimal 20jam per tahun}}{\text{Jumlahseluruhkaryawan di rumahsakit}} \times 100\%$
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	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	$\frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$
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

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
1	**Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik**	**Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit**	1	**Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal**	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100	Dir PKLO/IRM	SIRS	<2.5%
			2	**Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit**	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik	Catatan Rekamedik masing-masing RS vertikal	2
2	**Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri**	**Persentase pasien WNI yang berobat ke luar negeri**	3	**Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN**	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal	(Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu dikali 100	Dir PKLO/IRM	data jumlah pasien di rumah sakit	10%
3	**RPJMN**	**Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit**	4	**Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit**	SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.	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	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik	Laporan kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2	60%
					SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.	Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2			

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
					Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus)				
		Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.	**5**	**Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.**	Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100	Dir PKLO/ Isirs	Laporan Pemantauan RME Rumah Sakit Vertikal	100
4	**Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan**	**Jumlah rumah sakit penyelenggara pendidikan yang mempunyai kompetensi rujukan 9 layanan prioritas**	**6**	**Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan**	persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%	Dir SPP/ Timker Diklit	Laporan Jumlah dan publikasi penelitian klinik di RS Pendidikan	10%
					Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.				

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
5	**Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**	**RS Vertikal memiliki layanan unggulan internasional**	**7**	**RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional**	Jumlah layanan ungulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN	Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik	Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama , rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS,	1 layanan
		Jumlah RS Vertikal yang memiliki layanan unggulan internasional	**8**	**Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien**	1.Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar	1. Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu:	Dir SPP / Timker TURT	1. Observasi	80%
						a. Parkir		2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV	
						b. Ruang Tunggu			
						c. Taman			
						d. Toilet			
						Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung.			
						Rumus = (jumlah skor/400) x 100%			
					2.Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	2. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik		
						Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit)			
						Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan			

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
			9	**Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan**	Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam	Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit.	Dir PKLO/ Timker Hukmas	1. Observasi	100%
						Terpenuhi jika capaian 100%		2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV	
			10	**Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis**	Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan skekhususan dan ungulan RS pada 10 layanan prioritas	Tercapainya output klinis yaitu Capaian indikator klinis terpilih >80%.	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik	1. Rekam Medis Elektronik	80%
						Indikator Klinis terpilih pada		2. Laporan capaian KPI Inisiatif Transformasi RSV	
						RS Umum: sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas (akan dilakukan desk)			
			11	**Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik**	Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran	•Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100	Dir PKLO/ Timker Akuntansi dan BMN	Laporan Keuangan Rumah Sakit	100%
						•Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50			
						•Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100			

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
						•Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50			
						•*Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja*			
						Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100			
						Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99			
						nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio pobo dibagi dua.			
6	**Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan**	**Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar**	**12**	**Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.**	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit	Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (di cek dalam ASPAK RS UPT Vertikal)	Dir Medwat/ Timker Penunjang	ASPAK dan survei lapangan	90%
			13	**Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar**	Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan	Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.	Dir PKLO/ IPSRS	ASPAK dan survei lapangan	90%

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
7	**Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan**	**Persentase fasyankes rujukan yang memenuhi standar mutu**	14	**% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target**	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan-des) dengan capaian :	Dirmedwat/Timker Pelayanan Medik/Komite mutu	Laporan INM dari Aplikasi SIMAR	100%
						1.Kepatuhan kebersihan tangan ≧90%			
						2.Kepatuhan penggunaan APD 100%			
						3.Kepatuhan identifikasi pasien 100%			
						4.Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi ≧80%			
						5.Waktu tunggu rawat jalan ≧80%			
						6.Penundaan operasi elektif ≦5%			
						7.Kepatuhan waktu visit dokter ≧80%			
						8.Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%			
						9.Kepatuhan penggunaan formularium nasional ≧90%			
						10.Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) ≧85%			
						11.Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%			
						12.Kecepatan waktu tanggap complain ≧80%			
						13.Kepuasan pasien IKM≧ 80			

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
			15	**Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan**	Budaya keselamatan adalah pada hand note	Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ Definisi : Budaya keselamatan: budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.	Komite Mutu RS	Survey budaya keselamatan	SBK> 75%
			16	**Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlahkumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK	SPI	Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK oleh Itjen	95
					dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester	Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan			
					(HAPSEM) BPK.				

NO	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran	No	Indikator Direktif	Definisi Operasional	Cara Perhitungan	PIC Indikator	Sumber Data	TARGET 2024
			17	**Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya	Dir PKLO/ Timker Anggaran	OMSPAN	Lebih dari 90%
			18	**Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %	Dir PKLO/ Timker Anggaran	OMSPAN	96%
			19	**Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %	Dir PKLO/ Timker Anggaran	OMSPAN	90%
			20	**Persentase nilai EBITDA Margin :**	usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.	EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%	Dir PKLO / Timker Akuntansi dan BMN	Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.	Tipe Organisasi 3 10%

4. LAPORAN HASIL REVIU ATAS LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2024

Kementerian Kesehatan
RS Soeradji Tirtonegoro
Jalan KRT Dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor.1
Klaten, Jawa Tengah 57424.
(0272) 321020
https://rsupsoeradji.id

LAPORAN HASIL REVIU
ATAS
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2024
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

NOMOR : PS.02.03/D.XXVI.5/04 /2025
Tanggal : 24 Januari 2025

DAFTAR ISI

Daftar Isi 1

Pernyataan Reviu 2

Hasil Reviu

A. Dasar Reviu 3

B. Waktu Pelaksanaan Reviu 3

C. Tujuan dan Sasaran Reviu 3

D. Ruang Lingkup Reviu 3

E. Hasil Reviu dan Rekomendasi 4

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RS Dr. SOERADJI TIRTONEGORO
TAHUN ANGGARAN 2024

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RS dr. Soeradji Tirtonegoro untuk tahun anggaran 2024 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RS 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, 24 Januari 2025
Kepala Satuan Pemeriksaan Internal

drg. Retno Dyah Parwitasari, MMR
NIP. 196704161994022001

HASIL REVIU

A. Dasar Reviu

Dasar pelaksanaan reviu atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah menggunakan :

1. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Di dalam peraturan ini disebutkan bahwa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah harus direviu oleh auditor Aparat Pengawasan Intern Pemerintah atau tim yang dibentuk untuk itu, sebelum disampaikan kepada Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi.
2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomer 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Waktu Pelaksanaan Reviu

Reviu dilaksanakan secara paralel dengan pelaksanaan manajemen kinerja dan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, yaitu pada tanggal 22 – 24 Januari 2025

C. Tujuan dan Sasaran Reviu

Tujuan reviu atas laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah adalah :

1. Membantu penyelenggaraan sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah.
2. Memberikan keyakinan terbatas mengenai akurasi, keandalan, dan keabsahan data/informasi kinerja Instansi Pemerintah sehingga dapat menghasilkan Laporan Kinerja yang berkualitas.

D. Ruang Lingkup Reviu

1. Metode pengumpulan data/informasi
   Untuk menguji keandalan dan akurasi data/informasi kinerja yang disajikan dalam Laporan Kinerja.
2. Penelaahan penyelenggaraan SAKIP secara ringkas
   Untuk menilai keselarasan antara perencanaan strategis di tingkat Kementerian/lembaga/pemerintah daerah dengan perencanaan strategis unit

dibawahnya, terutama dalam hal keselarasan sasaran, indikator kinerja, program dan kegiatannya.

3. Penyusunan kertas kerja reviu

   Kertas kerja reviu terdiri dari :

   a. Hasil pengujian atas keandalan dan akurasi data atau informasi kinerja dalam laporan kinerja;
   b. Telaahan atas aktivitas penyelenggaraan
   c. Hal yang direviu dan langkah-langkah yang dilaksanakan;
   d. Hasil pelaksanaan langkah-langkah reviu

4. Membuat Surat Pernyataan telah dilakukan Reviu.

E. Hasil Reviu dan Rekomendasi

Hasil pelaporan reviu merupakan dasar bagi pereviu untuk membuat pernyataan telah direviu, yang antara lain menyatakan bahwa :

1. Reviu telah dilakukan atas laporan kinerja untuk tahun yang bersangkutan.
2. Reviu telah dilaksanakan sesuai dengan pedoman reviu laporan kinerja.
3. Semua informasi yang dimuat dalam laporan reviu adalah penyajian manajemen.
4. Simpulan reviu yaitu laporan kinerja telah menyajikan informasi kinerja yang handal, akurat dan absah.

Rekomendasi :

1. Perencanaan Kinerja :

   Melakukan komunikasi dan koordinasi kepada seluruh unit kerja untk menyampaiakan dokumen perencanaan kinerjanya setiap tahun. Menyusun Perencanaan Kinerja yang telah mencantumkan hubungan kinerja. strategi, kebijakan, aktivitas antar bidang/dengan tugas dan fungsi lain yang berkaitan (Crosscutting)

2. Pengukuran Kinerja :

   Menyusun dokumen laporan pengukuran kinerja yang telah dipergunakan sebagai acuan dalam penempatan/penghapusan jabatan baik struktural maupun fungsional.

3. Pelaporan Kinerja :

   Melakukan monitoring dan evaluasi atas laporan kinerja yang telah mempengaruhi budaya kinerja organisasi.

4. Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal :

   Membuat aplikasi agar evaluasi akuntabilitas kinerja internal dapat dilakukan secara digital.

5. SK TIM PENYUSUNAN LAKIP

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

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