

Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2025 – 2029

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



REVISI I

KATA PENGANTAR



Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, draft Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro telah dilakukan. Pada dasarnya RSB merupakan suatu perencanaan jangka panjang yang dimaksudkan agar organisasi dapat secara proaktif beradaptasi dengan perubahan lingkungan organisasi internal dan eksternal. Kemampuan organisasi dalam melakukan penyesuaian tersebut menentukan keberlangsungan dan keberhasilan organisasi dalam mewujudkan visi dan misinya. Dalam penyusunan perencanaan strategis, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mempertimbangkan berbagai permasalahan dan perubahan strategis yang dihadapi oleh rumah sakit. Penyusunan draft RSB ini diharapkan dapat dijadikan sebagai pedoman dan arahan yang tepat bagi rumah sakit dalam menyesuaikan perubahan strategis organisasi khususnya dalam memenuhi kebutuhan dan harapan stakeholder. Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro merupakan dokumen perencanaan strategis yang menggambarkan visi, misi, tujuan, sasaran strategis, program dan kegiatan rumah sakit. Demikian penyusunan draft Rencana Strategis Bisnis tahun 2025 - 2029 ini disusun. Kami berharap dokumen Rencana Strategis Bisnis Rumah sakit ini dapat memberikan panduan yang baik bagi seluruh anggota direksi, staf dan jajarannya serta berkolaborasi untuk mewujudkan kesehatan yang lebih baik di wilayah kerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro.

LEMBAR PENGESAHAN

RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)
TAHUN 2025 – 2029
REVISI I

Disahkan di : Klaten
Pada Tanggal : 12 November 2025

Oleh :

Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan	Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional
dr. Widodo Wirawan, MPH	dr. Cahya Dewi Satria, Sp.A.(K)., M.Kes	Kasino, SE. M.Si
NIP. 919790813202305100 1	NIP. 197402082008122002	NIP. 197312121994031003

Direktur Utama,

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

NIP 198006212009121002

LEMBAR PERSETUJUAN

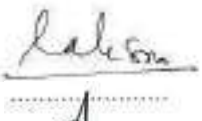
DEWAN PENGAWAS
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO

Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025 - 2029 Revisi I RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ini kami setujui untuk dipergunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan Rumah Sakit.

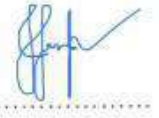
Klaten, 15 November 2025
Mengetahui :
Dewan Pengawas RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

1. Ketua : dr. Niken Wastu Palupi, M.K.M  .

2. Anggota : 1. drg. Oscar Primadi, MPH 

2. Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc.,Ph.D. 

3. Jimmi Lapotulo, SE, M.Si 

4. Ika Hermini Novianti, SE, M.I.D.S.  .

BAB I
PENDAHULUAN

A. Visi, Misi dan Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan RI

1. Visi Kementerian Kesehatan RI :

"Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045".

2. Misi Kementerian Kesehatan RI :

a. Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup;
b. Memenuhi layanan kesehatan yang baik, adil, dan terjangkau;
c. Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif;
d. Menguatkan tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan;
e. Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju; dan
f. Mewujudkan Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif dan efisien

3. Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan :

a. Selaras dengan Rencana Pembangunan Nasional dan Rencana Induk Bidang Kesehatan. Arah kebijakan Kementerian Kesehatan untuk 5 (lima) tahun ke depan yaitu "Menjamin pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk di setiap kelompok umur dan wilayah melalui penguatan transformasi kesehatan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya".

   Arah kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut memastikan tidak adanya kesenjangan antara laki-laki dan perempuan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Kementerian Kesehatan akan memastikan bahwa tidak ada satu orang pun yang akan tertinggal dalam pembangunan kesehatan *(no one left behind)*. Dengan arah kebijakan kesehatan ini Indonesia punya peluang besar untuk membangun masyarakat yang lebih sehat dan lebih produktif.

b. Arah Kebijakan Renstra :

   1. Peningkatan kesehatan dan gizi masyarakat diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi penduduk berbasis siklus hidup mulai dari 1000 hari pertama kehidupan anak, termasuk anak usia sekolah dan remaja, dewasa, dan lanjut usia dengan penekanan pada penguatan edukasi, peningkatan cakupan,

kualitas, dan tata laksana layanan kesehatan dan intervensi perbaikan gizi sesuai standar untuk mencegah kematian dini dan meningkatkan harapan hidup sehat;

2. Pengendalian penyakit dan pembudayaan hidup sehat diarahkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit dengan memperkuat pencegahan dan deteksi dini faktor risiko, tata laksana kasus, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan hidup sehat, serta menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan;
3. Penguatan kapasitas ketahanan kesehatan diarahkan untuk melindungi penduduk dari ancaman kedaruratan kesehatan, termasuk penyakit *emerging* dan *re-emerging*, dengan meningkatkan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespon secara efektif dan cepat;
4. Penguatan pelayanan kesehatan dan tata kelola diarahkan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan yang inklusif di seluruh wilayah hingga tingkat desa, afirmasi/pendekatan khusus/modifikasi pelayanan kesehatan bagi daerah sulit akses, pemberdayaan masyarakat dan swasta dalam penyediaan layanan kesehatan, termasuk peran kader kesehatan, penguatan jejaring layanan kesehatan primer berbasis tatanan, mendorong inovasi pelayanan kesehatan, serta meningkatkan kualitas pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan.

4. Tujuan Renstra Kementerian Kesehatan :

1) Masyarakat sehat di setiap siklus hidup;
2) Layanan kesehatan yang baik, adil dan terjangkau;
3) Sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif;
4) Tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan;
5) Teknologi kesehatan yang maju;
6) Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif dan efisien.

B. Visi, Misi dan Arah Kebijakan RS Soeradji Tirtonegoro

1. Visi RS Soeradji Tirtonegoro

RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan

2. Misi RS Soeradji Tirtonegoro

1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung
2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
5) Memberikan pengampuan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional
6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas, inovatif dan implikatif

3. Tugas dan fungsi BLU RS Soeradji Tirtonegoro

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

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

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

4. Arah dan Kebijakan RS Vertikal

Rumah Sakit Vertikal mempunyai 3 tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan di bawah Kementerian Kesehatan

1) Pengampu Nasional Jejaring Layanan Prioritas
   a. Pengampuan Kanker
   b. Pengampuan Jantung
   c. Pengampuan Stroke
   d. Pengampuan Uronefro
   e. Pengampuan KIA
   f. Pengampuan Respirasi, TBC
   g. Pengampuan DM
   h. Pengampuan Gastrohepatologi
   i. Pengampuan Psikiatri
2) Layanan Terbaik Level Asia
   a. Perbaikan pengalaman pasien
   b. Peningkatan kualitas pemberi layanan
   c. Peningkatan mutu layanan klinis
   d. Peningkatan tata kelola RS
3) Pusat/ Penyelenggara Pendidikan dan Penelitian
   a. Rumah Sakit Pendidikan
   b. Pengembangan Clinical Research Unit
   c. Pengembangan teknologi kesehatan: Stem cell, BGSi, TRB, Tranplantasi organ dll

C. Target Renstra Bisnis BLU

Tujuan yang akan dicapai RS Soeradji Tirtonegoro dalam penyusunan RSB 2025-2029:

1. Menjadi RS yang memberikan layanan terbaik Level Asia
2. Sebagai RS Pengampu Layanan Prioritas
3. Menjadi Pusat / Penyelenggara Pendidikan dan Penelitian

Selain tiga tujuan utama di atas, RS Soeradji Tirtonegoro juga memiliki target yang dibreakdown tiap tahun sebagai berikut:

Tabel 1.1

Target Renstra Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Rincian	2025	2026	2027	2028	2029
1	Target Pendapatan	440 M Revisi 475 M (naik 10% dari realisasi 2024)	550 M Kenaikan target 75 M dari target revisi 475 M naik 15%. 1. Beroperasionalnya Gedung Onkologi di Semester II Tahun 2026 (Pendapatan 1 Semester dari Penambahan 154 TT dan Layanan Radioterapi). 2. Pengembangan Layanan Baru: Bedah Jantung Terbuka dan Transplantasi Ginjal. 3. Optimalisasi Pelayanan Non JKN.	580 M Kenaikan target 30 M dari target revisi 580 M naik 5%. 1. Optimalisasi layanan di Gedung Onkologi (Pendapatan 1 tahun full dari penambahan 154 TT dan layanan Radioterapi). 2. Optimalisasi Pelayanan dari Layanan Baru. 3. Optimalisasi Pelayanan Non JKN.	600 M Kenaikan 20M naik 4%. 1. Belum ada penambahan gedung baru dan baru pembangunan tower sehingga tidak ada lonjakan pendapatan. 2. Optimalisasi layanan yang sudah ada.	650 M Kenaikan 50M naik 8%. 1. Masih proses pembangunan tower sehingga tidak ada lonjakan pendapatan. 2. Optimalisasi layanan yang sudah ada
2	Persentase Pasien Non BPJS	10%	15%	25%	35%	50%

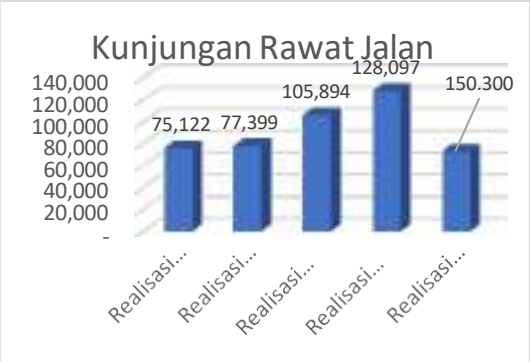
BAB II
ANALISIS DAN STRATEGI

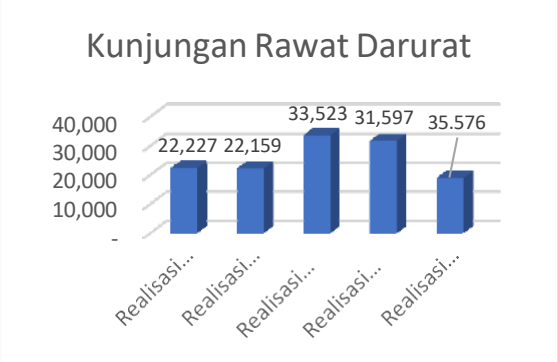
A. Evaluasi Kinerja BLU 5 TA sebelumnya (RSB sebelumnya)

- **Aspek Pelayanan**

Tabel 2.1. Kinerja Pelayanan 2020 – 2024

No	Uraian	Tahun				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Rawat Jalan	75.122	77.399	105.894	128.579	150.300
2	IRD	22.227	22.205	33.523	30.929	35.576
3	Hari Perawatan	80.612	76.064	87.934	101.089	116.666
4	Pasien Rawat Inap	15.600	13.010	17.289	20.575	25.098
5	Radiologi	23.721	25.907	32.952	40.785	48.673
6	Laboratorium	244.629	296.302	391.423	416.597	533.659
7	Tindakan Operasi	4.946	4.707	6.772	9.116	10.442
8	Hemodialisa	22.300	20.982	20.976	21.337	22.893
9	Rehab Medik	9.853	9.569	15.889	20.523	23.845
10	BOR (%)	68,33	61,73	69,25	75,59	82,02
11	ALOS (Hari)	5,49	6,27	5,04	5,11	4,94
12	BTO (Kali)	48,45	38,55	49,69	55,91	64,58
13	TOI (Hari)	2,39	3,62	2,26	1,63	1,02
14	GDR (‰)	68,59	118,29	59,11‰	70,49	61,28
15	NDR (‰)	30,32	54,42	30,19‰	36,95	22,27





Berdasarkan tabel dan grafik di atas untuk kinerja pelayanan dari tahun 2020 trendnya meningkat. Kunjungan rawat jalan di tahun 2020 dan 2021 rendah karena pandemi Covid-19, kemudian meningkat di tahun 2022 karena sudah mulai pulih dari pandemi. Analisa penjelasan kunjungan pelayanan dan grafik layanan lainnya terlampir pada lampiran.

No	Jenis Layanan	2020		2021		2022		2023		2024	
		BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS
1	Kunjungan Rawat Jalan	90.314	16.961	89.449	18.501	119.412	21.637	148.189	21.083	131.580	18.720
2	Kunjungan Rawat Inap	13.725	1.875	10.898	2.112	15.288	2.001	19.551	934	23.954	1.144
3	IGD	17.951	4.276	12.476	9.729	19.809	13.514	26.544	4.385	30.532	5.044

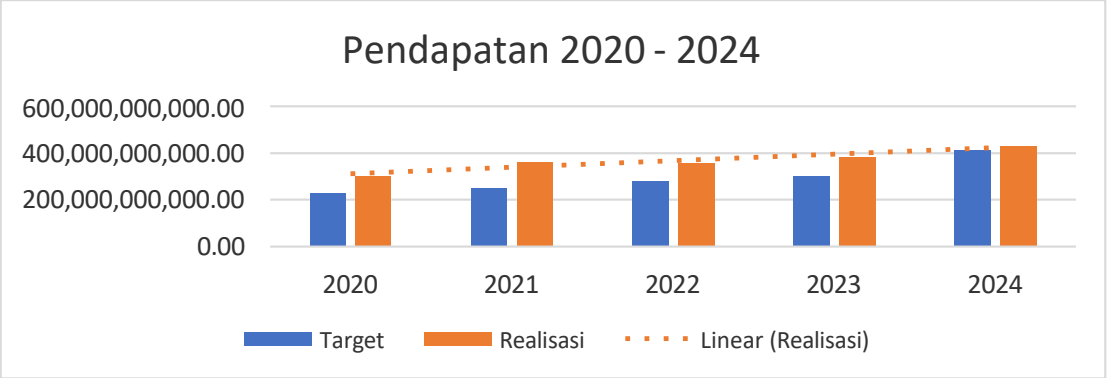
Tabel 2.2. Data Jumlah Pasien Berdasarkan Cara Bayar Tahun 2020 - 2024

Jumlah kunjungan pasien BPJS dan non BPJS baik dari rawat jalan, rawat inap maupun rawat darurat dari tahun 2020 – 2024 trendnya cenderung mengalami peningkatan setiap tahun. Tahun 2021 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya disebabkan oleh kondisi pandemi Covid 19. Dengan melihat realisasi sampai dengan Desember 2024 diharapkan peningkatannya lebih signifikan untuk tahun berikutnya.

- **Aspek keuangan**

Tabel 2.3. Realisasi Pendapatan 2020 – 2024

NO	TAHUN	TARGET	REALISASI	%
1	2020	230.000.000.000,00	300.321.605.434,69	130,57
2	2021	250.000.000.000,00	363.555.369.849,41	145,42
3	2022	280.000.000.000,00	355.068.588.187,50	126,81
4	2023	300.000.000.000,00	382.565.741.465,52	127,52
5	2024	413.000.000.000,00	431.815.594.449,77	104,56



Realisasi pendapatan dari tahun 2020-2024 trendnya mengalami peningkatan setiap tahunnya. Tahun 2021 dipengaruhi tingginya pendapatan dari pasien Covid, tahun 2022 pendapatan pasien BPJS tinggi karena luncuran pembayaran klaim yang tertunda di tahun 2021 dan tahun 2023 pendapatan meningkat hingga terealisasi sebesar Rp 382 Milyar. Realisasi pendapatan tahun 2024 terealisasi sebesar Rp431M sampai dengan Desember 2024.

- **Aspek SDM**

Tabel 2.4. Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan

No	Pegawai Berdasarkan Pendidikan	2020		2021		2022		2023		2024	
		ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN
I.	MEDIK	73	25	81	14	91	19	94	16	102	19
II.	KEPERAWATAN	320	107	334	95	363	85	418	62	463	93
III.	KEBIDANAN	33	15	33	15	34	14	38	10	36	11
IV.	KEFARMASIAN	24	31	28	30	31	29	62	1	61	18
V.	KESEHATAN MASYARAKAT	12	7	10	7	11	7	19	2	19	2
VI.	GIZI	12	4	13	4	15	3	19	0	19	0
VII.	KETERAPIAN FISIK	18	2	19	2	19	2	20	1	20	0
VIII.	KETEKNISIAN MEDIK	64	19	64	26	68	27	90	18	102	8
IX.	NON MEDIK	140	215	131	214	140	198	150	121	153	114
	Jumlah	696	425	713	407	772	384	910	231	975	265
	Total	1.121		1.120		1.156		1.141		1.240	

- **Aspek Sarana Prasarana**

No	Kegiatan	Realisasi	Tahun
1	Pengembangan Gedung Layanan	Pembangunan Gedung Bedah Sentral Terpadu (GBST) dan Critical Care (CC)	2020 - 2021
		Revitalisasi Gedung Layanan PINERE	2022 - 2024
		Renovasi Ruang Hemodialisa	2024
2	Pengembangan Layanan Eksekutif	Renovasi Klinik Eksekutif Tirta Cendana	2023
		Renovasi Rawat Inap VIP, VVIP, dan President Suite	2024

Tabel 2.4. Evaluasi Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB 2020-2024

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	100.00	100%	Tercapai
2	Terpenuhinya sarana, prasarana dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	2	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	80	79.37	99%	85	74.37	87%	85	86.67	102%	85	93.92	110%	85	98,85	116%	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	90,00	105%	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	168%	<2	0.63	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	4.0	11,39	0%	Tidak Tercapai
5	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	6	Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1	100%	1	1	100%	2	2	100%	2	2.00	100%	3	3.00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS																				
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu Rumah Sakit, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	7	Tingkat Kepuasan Pasien	%	80	80.90	101.13%	80	80.19	100.24%	80	80.93	101.16%	80	82.86	104%	80	90,02	113%	Tercapai
		8	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor	1.5	1.25	83.33%	1.5	1.50	100.00%	2	2	100.00%	2	2.00	100%	2	2.00	100%	Tercapai
		9	Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas	Layanan	1	1.00	100.00%	1	2.00	200.00%	1	1	100.00%	2	2.00	100%	2	2.00	100%	Tercapai

7	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	10	Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	92.50	112.80%	82	87.50	106.71%	85	94.83	111.56%	85	89.44	105%	85	92,40	109%	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	100.00%	29	33	113.79%	32	40	120.00%	35	40.00	114%	39	54.00	138%	Tercapai
		13	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	2.00	200.00%	2	2.00	100.00%	2	2	100.00%	2	2.00	100%	2	2.00	100%	Tercapai
PERSPEKTIF KEUANGAN																				
8	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	14	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	65	94.57	145.49%	90	123.24	136.93%	90	92.42	102.69%	88	98.12	112%	90	82.14	96%	Tidak 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%	Tidak Tercapai

Berdasarkan hasil evaluasi indikator kinerja utama (IKU) RSB 2020-2024, Indikator yang tidak dapat tercapai dari 15 Indikator adalah Indikator Angka Kematian Bayi di RS, Rasio POBO dan Sisrute.

B. Analisis SWOT

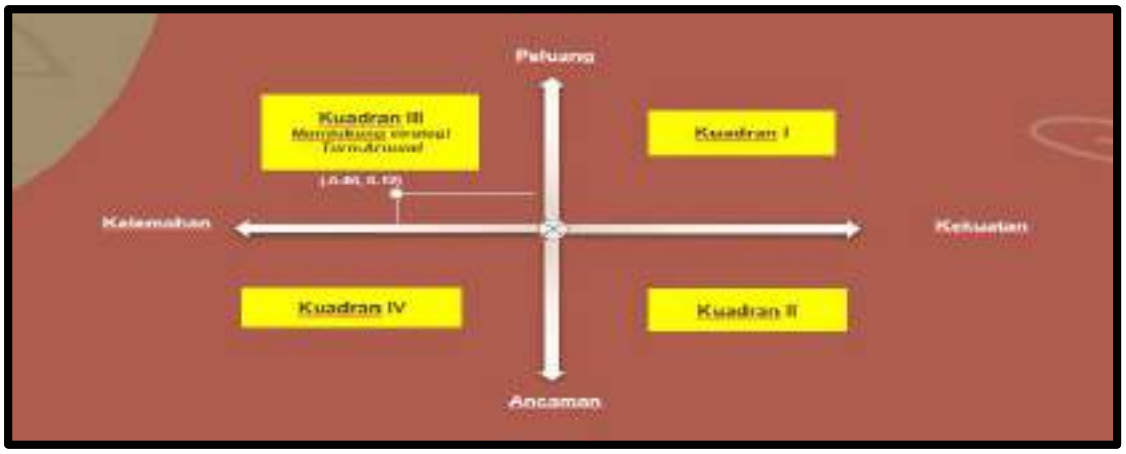
Faktor Internal yang berpengaruh	
Strength (Kekuatan): a. Sumber Daya Manusia (SDM) profesional yang lengkap dan kompeten dalam bidang Neurospine, Pediatri Terpadu dan Vaskular Terpadu, Onkologi b. Sarana prasarana canggih yang mendukung layanan Neurospine, Pediatri terpadu dan Vaskular terpadu, Onkologi c. Lokasi strategis yang mudah diakses d. Kesiapan rumah sakit dalam jejaring pendidikan e. Captive market (BPJS) yang berkontribusi terhadap lebih dari 90% pendapatan rumah sakit ***f.*** Komitmen Manajemen untuk melindungi nilai sejarah Rumah Sakit dan mewujudkan green hospital	**Weakness (Kelemahan):** a. Aplikasi informasi dan teknologi yang belum terintegrasi dengan Rekam Medis Elektronik (RME) dan Perencanaan Sumber Daya Rumah Sakit (Enterprise Resource Planning /ERP) b. Pemeliharaan dan peremajaan fasilitas (gedung, peralatan medis dan peralatan non medis) c. Ketersediaan fasilitas untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian d. Keterbatasan dana untuk investasi dan pengembangan sesuai master plan e. Belum memiliki layanan eksekutif yang terintegrasi f. SDM belum menerapkan secara optimal budaya service excellence g. Profit yang didapat dari captive market (BPJS) tergolong kecil(< 10%)
Faktor Esternal yang berpengaruh	
Opportunity (Peluang): a. Meningkatnya jumlah mitra asuransi non JKN yang bekerja sama dengan RS b. Universal Health Coverage (UHC) yang mendukung peningkatan jumlah dan loyalitas pelanggan/pasien c. Teknologi kesehatan yang dikembangkan bersama teknologi informasi (AI) berpotensi meningkatkan kecepatan dan akurasi pelayanan, serta keselamatan pasien d. Kerjasama dengan Institusi Pendidikan di Indonesia e. Kebijakan stakeholder terutama Kemenkes dalam mendukung pengembangan rumah sakit f. Pengembangan health tourism dengan memanfaatkan pengunjung Kawasan Strategis Pariwisata Nasional g. Adanya kesempatan untuk bekerjasama dengan rumah sakit internasional	**Threat (Ancaman):** a. Pengembangan teknologi alat kesehatan dan non alat kesehatan yang didukung kecerdasan buatan (AI) membutuhkan sumber daya yang masif b. Defisit tarif rumah sakit terhadap klaim BPJS c. Sistem pembayaran dari mitra yang menggunakan mekanisme reimbursement berpengaruh negatif terhadap arus kas RS d. Rumah sakit kompetitor (swasta) yang menjalin kemitraan di pasar yang sama, dan lebih dipercaya oleh peserta mitra asuransi e. Keluhan Pelanggan melalui media sosial yang lebih sulit dikontrol dan mempengaruhi citra RS

Pembobotan Analis SWOT

No	SWOT	Skoring		
		Bobot	Rating / Skor	Bobot X Rating
KEKUATAN				
1	Sumber Daya Manusia (SDM) profesional yang lengkap dan kompeten dalam bidang Neurospine, Pediatri Terpadu dan Vaskular Terpadu, Onkologi	0.18	3.7	0.66
2	Sarana prasarana canggih yang mendukung layanan Neurospine, Pediatri terpadu dan Vaskular terpadu, Onkologi	0.17	1.3	0.23
3	Lokasi strategis yang mudah diakses	0.16	4.0	0.64
4	Kesiapan rumah sakit dalam jejaring pendidikan	0.17	4.7	0.79
5	Captive market (BPJS) yang berkontribusi terhadap lebih dari 90% pendapatan rumah sakit	0.17	3.0	0.51
6	Komitmen Manajemen untuk melindungi nilai sejarah Rumah Sakit dan mewujudkan green hospital.	0.15	5.0	0.75
Skor Kekuatan		**1.00**		**3.58**
KELEMAHAN				
1	Aplikasi informasi dan teknologi yang belum terintegrasi dengan Rekam Medis Elektronik (RME) dan Perencanaan Sumber Daya Rumah Sakit (Enterprise Resource Planning /ERP)	0.15	4	0.60
2	Pemeliharaan dan peremajaan fasilitas (gedung, peralatan medis dan peralatan non medis)	0.17	4	0.68
3	Ketersediaan fasilitas untuk pendidikan, pelatihan, dan penelitian	0.15	4	0.60
4	Keterbatasan dana untuk investasi dan pengembangan sesuai master plan	0.15	4	0.60
5	Belum memiliki layanan eksekutif yang terintegrasi	0.15	3.7	0.55
6	SDM belum menerapkan secara optimal budaya service excellence	0.13	4.7	0.61
7	Profit yang didapat dari captive market (BPJS) tergolong kecil(< 10%)	0.10	4.0	0.40
Skor Kelemahan		**1.00**		**4.04**
TOTAL SKOR FAKTOR INTERNAL				**7.62**
PELUANG				
1	Meningkatnya jumlah mitra asuransi non JKN yang bekerja sama dengan RS	0.15	4	0.60
2	Universal Health Coverage (UHC) yang mendukung peningkatan jumlah dan loyalitas pelanggan/pasien	0.15	4	0.60
3	Teknologi kesehatan yang dikembangkan bersama teknologi informasi (AI) berpotensi meningkatkan kecepatan dan akurasi pelayanan, serta keselamatan pasien	0.15	4.7	0.70
4	Kerjasama dengan Institusi Pendidikan di Indonesia	0.15	5.0	0.75
5	Kebijakan stakeholder terutama Kemenkes dalam mendukung pengembangan rumah sakit	0.15	4.3	0.65
6	Pengembangan health tourism dengan memanfaatkan pengunjung Kawasan Strategis Pariwisata Nasional	0.15	5.0	0.75
7	Adanya kesempatan untuk bekerjasama dengan rumah sakit internasional	0.10	4.0	0.40
Skor Peluang		**1.00**		**4.45**
ANCAMAN				
1	Pengembangan teknologi alat kesehatan dan non alat kesehatan yang didukung kecerdasan buatan (AI) membutuhkan sumber daya yang masif	0.20	4.0	0.80
2	Defisit tarif rumah sakit terhadap klaim BPJS	0.20	4.7	0.93
3	Sistem pembayaran dari mitra yang menggunakan mekanisme reimbursement berpengaruh negatif terhadap arus kas RS	0.20	4.3	0.87
4	Rumah sakit kompetitor (swasta) yang menjalin kemitraan di pasar yang sama, dan lebih dipercaya oleh peserta mitra asuransi	0.20	4.7	0.93
5	Keluhan Pelanggan melalui media sosial yang lebih sulit dikontrol dan mempengaruhi citra RS	0.20	4.0	0.80
Skor Ancaman		**1.00**		**4.33**
TOTAL SKOR FAKTOR EKSTERNAL				**8.78**

Melihat hasil tabel di atas, skor kekuatan yang dimiliki RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebesar 3.58 dengan kelemahan sebesar 4.04 sehingga diperoleh skor faktor internal sebesar 7.62. Untuk faktor eksternal dipengaruhi oleh peluang dan ancaman. Peluang yang dimiliki oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebesar 4.45 dan ancaman 4.33 sehingga diperoleh skor faktor eksternal sebesar 8.78.

Gambar 2.1. Posisi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Berdasar Analisis SWOT



Dari hasil analisis tersebut, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berada di Kuadran III, yang menggambarkan bahwa peluang yang sangat besar berhadapan dengan kelemahan internal yang kuat. Strategi yang dilakukan adalah meminimalisir permasalahan internal untuk merebut peluang yang ada.

C. Inisiatif Strategis

Berdasarkan analisis SWOT dilakukan analisa TOWS untuk menemukan strategi yang sesuai yang akan menjadi inisiatif strategis:

Kertas Kerja – Perumusan Matrix TOWS

	Opportunity	Threat
Strength	• Mengoptimalkan sumber daya yang mendukung peningkatan jumlah pasien JKN dan Non JKN pada pelayanan Neurospine, Pediatri Terpadu dan Vaskular Terpadu, Onkologi • Menjalin kerja sama dengan rumah sakit luar negeri • Mengadopsi teknologi alat kesehatan dan non alat kesehatan yang didukung kecanggihan sistem (AI) pada pelayanan unggulan • Mengembangkan pendidikan berbasis rumah sakit (hospital based)	• Penyediaan aset (gedung dan alat kesehatan) melalui fasilitasi (pinjaman jangka panjang) • Meningkatkan standar layanan agar lebih dipercaya peserta asuransi non-JKN
Weakness	• Mengembangkan layanan eksekutif terpadu, sehingga bisa dimanfaatkan peserta JKN sebagai pasar terbesar RS saat ini • Mengembangkan health tourism dengan bekerja sama dengan biro perjalanan wisata • Memperbaiki pengalaman pasien dalam kecepatan dan kecepatan layanan melalui pengembangan teknologi informasi dalam proses pemberian layanan	• Menjaga standar service excellence dengan menerapkan reward & punishment • Mengoptimalkan kendali mutu kendali biaya melalui case management/clinical pathway • Melaksanakan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) atas komplain/ketidak puasan pasien

Dari Perumusan Analisa SWOT dan TOWS maka ditemukan strategi yang sesuai yang akan menjadi inisiatif strategis sebagai berikut:

1. Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung
2. Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
4. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
5. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
6. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran,dan Medical Record yang terintegrasi
7. Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
8. Mengembangkan layanan Non-JKN
9. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
10. Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan
11. Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
12. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
13. Melakukan review tarif INACBGS secara berkala
14. Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya
15. Mengembangkan layanan klinis
16. Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK
17. Mengembangkan branding dan marketing RSV

BAB III
RENSTRA BISNIS 5 TAHUN

A. Program Kementerian Kesehatan

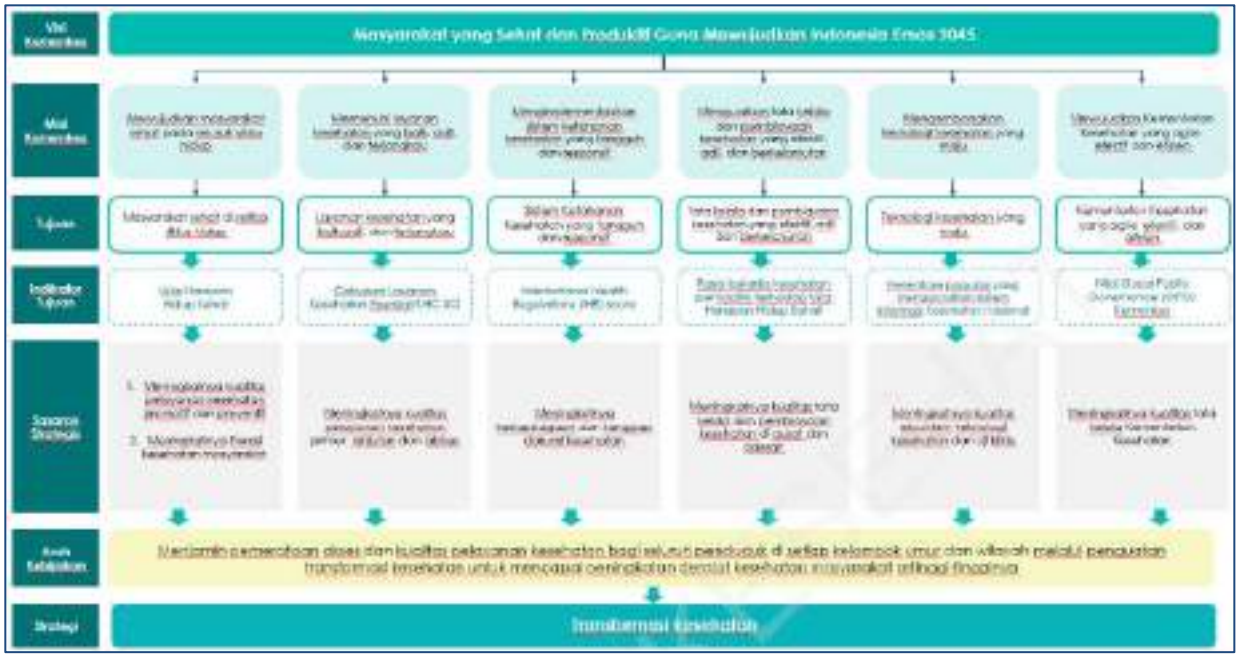
Dalam rangka pencapaian visi maka ditetapkan 6 tujuan Kementerian Kesehatan dengan 6 indikator tujuan yang terdapat di dalam Rancangan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 – 2029, yaitu:

No.	Tujuan	Indikator Tujuan
1	Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	Usia Harapan Hidup Sehat / *Healthy Adjusted Life Expectancy* (HALE)
2	Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	Cakupan Layanan Kesehatan Esensial / *Universal Health Coverage (UHC) Service Coverage Index*
3	Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif	*International Health Regulations* (IHR) *score*
4	Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat
5	Teknologi Kesehatan yang maju	Persentase populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional
6	Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif, dan efisien	Nilai *Good Public Governance* (GPG) Kementerian Kesehatan

Tercapainya tujuan-tujuan tersebut juga turut ditentukan oleh efektivitas pengelolaan dan pembiayaan kesehatan. Tujuan Tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan ini dinilai dari rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat yang menunjukkan seberapa efisien belanja kesehatan digunakan untuk mewujudkan usia harapan hidup sehat. Di sisi lain, kemajuan teknologi kesehatan juga diukur dari persentase populasi yang menggunakan sistem informasi kesehatan nasional. Indikator ini mencerminkan kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam penerapan ekosistem teknologi digital, baik integrasi sistem maupun penggunaannya.

Kementerian Kesehatan juga berkomitmen untuk membangun tata kelola kelembagaan yang responsif terhadap dinamika global, nasional, dan lokal melalui penerapan prinsip-prinsip birokrasi dan layanan yang agile, efektif, dan efisien. Untuk itu, indikator kunci

yang digunakan dalam mengukur pencapaian tujuan ini adalah Nilai Good Public Governance (GPG) Kementerian Kesehatan. Indikator ini mencerminkan derajat penerapan prinsip integritas, transparansi, akuntabilitas, efektivitas, dan partisipasi lintas seluruh struktur organisasi Kementerian Kesehatan.



Gambar 3.1

Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan, Indikator Tujuan, dan Sasaran Strategis, Arah Kebijakan dan Strategi Renstra Kementerian Kesehatan 2025-2029



B. Strategi Bisnis RS Vertikal

Sasaran Strategis yang akan dilakukan antara lain yang berkaitan dengan Layanan, Keuangan, SDM, Sarana dan Prasarana, Inovasi dan Investasi sebagai berikut:

No	Strategis Bisnis	No	Inisiatif Strategis
1	Perbaikan Pengalaman pasien	1	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung
		2	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
		3	Mengembangkan layanan Non- BPJS
2	Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	4	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
		5	Peningkatan budaya kerja
		6	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
3	Peningkatan Mutu Layanan Klinis	7	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*
		8	Mengembangkan pelayanan dan pendidikan berbasis riset
4	Peningkatan Efisiensi Pengadaan	9	Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya
5	Peningkatan Tata Kelola Rumah Sakit	10	Digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran,dan Medical Record yang terintegrasi
6	Membangun *Brand Image* yang kuat	11	Pengembangan branding dan marketing RSV

Berdasarkan sasaran strategis Rencana Strategis Bisnis tahun 2025 – 2029 pada tabel di atas, dapat disusun peta strategis. Adapun rancangan peta strategi *balanced scorecard (BSC)* dapat dilihat dalam gambar dibawah ini:

Gambar 3.2.

Peta Strategi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025 – 2029



C. Kegiatan dan Indikator

Indikator Kinerja Utama (IKU) atau Key Performance Indikator (KPI) yang ditetapkan di RSB 2025 – 2029 ini dipergunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, dari segi masukan (input), proses, keluaran (out put), dan hasil (outcome) sebagai berikut:

Tabel 3.1.Indikator Kinerja Utama (IKU) / Key Performance Indicator (KPI) RSB 2025-2029

No	Sasaran Strategis	No	IKU	Satuan	2025	2026	2027	2028	2029
1	• Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1	• EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	%	1	1	2	2	3
2	• Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2	• Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Skor	Baik (76,61-88,83)	Baik (76,61-88,83)	Baik (76,61-88,83)	Sangat Baik (88,31 - 100)	Sangat Baik (88,31 - 100)
3	• Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	3	• % pencapaian Lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	%	50	57,5	65	72,5	80
4	• Terwujudnya pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	4	• % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	%	1	1	1	1	1
5	• Terwujudnya sistem IT dan teknologi Kesehatan yang andal	5	• % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	%	25	50	75	90	100
6	• Terwujudnya tata Kelola yang bersih dan akuntabel	6	• BLU Maturity Rating	Level	3	3	3	4	4
7	• Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	• Bed Occupancy Rate/ BOR	%	70	70	70	70	70
8	• Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8	• Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	permil	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
		9	• % standar klinis yang tercapai	%	80	80	80	80	80
9	• Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10	• % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	%	10	15	25	35	50
10	• Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAH	11	• Skor Tingkat kepuasan pegawai	Skor	Puas (76,61-88,83)	Puas (76,61-88,83)	Puas (76,61-88,83)	Sangat Puas (88,31 - 100)	Sangat Puas (88,31 - 100)
		12	• Training effectiveness index	%	70	73,75	77,5	81,25	85

Dari 10 inisiatif strategis / sasaran strategis yang dijabarkan menjadi 12 Indikator Kinerja Utama (IKU). Selanjutnya dari sasaran strategis tersebut dijabarkan ke dalam program dan kegiatan yang di breakdown setiap tahun (terlampir di lampiran)

Roadmap Pengembangan Layanan

No	Roadmap Layanan	2025	2026	2027	2028	2029
1	Layanan Center of Excellent: Pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna	Outcome: • Layanan Medication Hemato • Pembentukan Tim Tata Laksana Kelainan Darah Paripurna dan Transplantasi Sumsum Tulang • Peningkatan Kap SDM • MoU sisterHospital • Gedung Onkology (progress 70%)	Outcome: • Layanan Targeted Therapy • Tindakan Transplantasi Sumsum Tulang • Kerjasama Bio Bank • Gedung Onkology Terpadu (100%)	Outcome: • Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna • Perencanaan Bio Bank • Layanan • Penyiapan Pengampuan	Outcome: • Penyiapan Bio Bank di Tower C • Optimalisasi Pelayanan • Peningkatan Jumlah Tindakan Transplantasi Sumsum Tulang • Pelaksanaan Pengampuan	Outcome: • Tersedianya Bio Bank • Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna Level ASIA • Jumlah Pasien dari ASIA yang melakukan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna • Optimalisasi kegiatan pengampuan
	Layanan Center of Excellent: Pain and Spine Center	• Tindakan minimal invasive spine dan pain intervention • Pengembangan Layanan Gym Center dan Fisioterapi	• Pengembangan Benchmark MoU dengan sister hospital (luar negeri) • Pengembangan pain intervention untuk pasien keganasan • Optimalisasi gym center dan sport medicine	• Pengembangan Robotic Pain and Spine • Peningkatan Kapasitas SDM	• Pelaksanaan Robotic pain and spine • Pengembangan Telesurgery dengan RS luar negeri	Pain and spine center level ASIA
2	Layanan Unggulan:					
a	Layanan Kanker	Outcome: • Gedung Onko (70%) • Peningkatan Kapasitas SDM Pelayanan Strata Utama: Kemoterapi dll	Outcome: • Tersedianya Gedung Onko Terpadu • Pelayanan Kanker menuju Paripurna: • Radioterapi • Brachiterapy Pengampuan Paripurna	• Optimalisasi layanan Kanker Terpadu • Pemenuhan Layanan Kanker Paripurna: MoU • layanan kedokteran nuklir (PET and SPECT CT)	• Optimalisasi layanan Kanker Terpadu • Implementasi layanan kedokteran nuklir	• Optimalisasi layanan Kanker Terpadu • Persiapan Gedung Kedokteran Nuklir

No	Roadmap Layanan	2025	2026	2027	2028	2029
b	Layanan Jantung	• Pengembangan Layanan Bedah Jantung Terbuka • Peningkatan Kapasitas SDM • PKS Proctorship untuk layanan open heart • Pemenuhan Sarpras untuk layanan open heart • Penambahan Cathlab	Pelaksanaan Layanan Bedah Jantung Terbuka dewasa Mandiri	• Optimalisasi Layanan Bedah Jantung Terbuka dewasa Mandiri • Proctorship Bedah Jantung Terbuka Anak • Peningkatan Kapasitas SDM	Pelaksanaan Bedah Jantung Terbuka Anak	• Optimalisasi Bedah Jantung Terbuka Anak • Pengampuan Layanan Bedah Jantung Terbuka
c	Layanan Stroke	Optimalisasi Layanan Stroke	Optimalisasi Layanan Stroke Layanan Klipping	Optimalisasi Layanan Stroke	Optimalisasi Layanan Stroke	Layanan Stroke Paripurna
d	Layanan Uronefrologi	Pengembangan Layanan Transplantasi Ginjal	Optimalisasi Layanan Uronefro	Optimalisasi Layanan Uronefro	Optimalisasi Layanan Uronefro	Layanan Uronefro Paripurna
e	Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	Optimalisasi Layanan Ibu dan Anak	Optimalisasi Layanan Ibu dan Anak	Optimalisasi Layanan Ibu dan Anak	Optimalisasi Layanan Ibu dan Anak	Layanan KIA Madya
3	Layanan Promotif, Preventif dan Wellness	Pelaksanaan Layanan MCU: Layanan Genomik Pengembangan Layanan MCU Terpadu Wellness: Aquatic dan Forest Therapy	MCU Terpadu Pengembangan health tourism untuk wellness dan MCU	Optimalisasi Layanan MCU dan wellness Pelaksanaan health tourism untuk wellness dan MCU Pengembangan Senior Living Club Lansia dan Homecare Lansia	Optimalisasi layanan health tourism untuk wellness dan MCU	Layanan MCU dan Wellness terpadu

D. Proyeksi Keuangan

No	Rincian	2025	2026	2027	2028	2029
A	**Pendapatan**	**440.000.000.000**	**550.000.000.000**	**580.000.000.000**	**600.000.000.000**	**650.000.000.000**
1	Pendapatan Layanan JKN	387.218.700.000	457.133.187.500	425.353.875.000	439.412.250.000	445.490.832.500
2	Pendapatan Layanan Non JKN	43.024.300.000	80.670.562.500	141.784.625.000	146.470.750.000	190.924.642.500
3	Pendapatan Non Layanan	9.757.000.000	12.196.250.000	12.861.500.000	14.117.000.000	13.584.525.000
B	**Belanja**					
1	**Rupiah Murni:**	**80.600.000.000**	**80.849.405.000**	**83.768.000.000**	**91.543.800.000**	**93.365.496.000**
	Belanja Pegawai	80.600.000.000	80.849.405.000	83.768.000.000	91.543.800.000	93.365.496.000
	Belanja Operasional	-	-	-	-	-
2	**PHLN:**	**156.899.971.000**	**248.271.694.000**	**141.036.753.000**	**150.000.000.000**	**250.000.000.000**
	Belanja Modal	156.899.971.000	248.271.694.000	141.036.753.000	150.000.000.000	250.000.000.000
3	**BLU:**	**358.120.106.000**	**535.677.314.000**	**580.000.000.000**	**600.000.000.000**	**650.000.000.000**
	Belanja Modal	50.026.547.000	80.924.810.000	84.567.906.000	90.000.000.000	117.000.000.000
	Belanja Barang	308.093.559.000	454.752.504.000	495.432.094.000	510.000.000.000	533.000.000.000
	Total Belanja	**595.620.077.000**	**864.798.413.000**	**804.804.753.000**	**841.543.800.000**	**993.365.496.000**
	EBITDA MARGIN	**> 5%**	**> 5%**	**> 5%**	**> 10%**	**> 15%**

BAB IV
PENUTUP

A. Kesimpulan

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Soeradji Tirtonegoro Klaten merupakan dokumen perencanaan yang menjabarkan visi dan misi serta langkah-langkah strategis yang akan dilaksanakan oleh RS Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam kurun waktu tahun 2025 – 2029 dengan kesimpulan sebagai berikut :

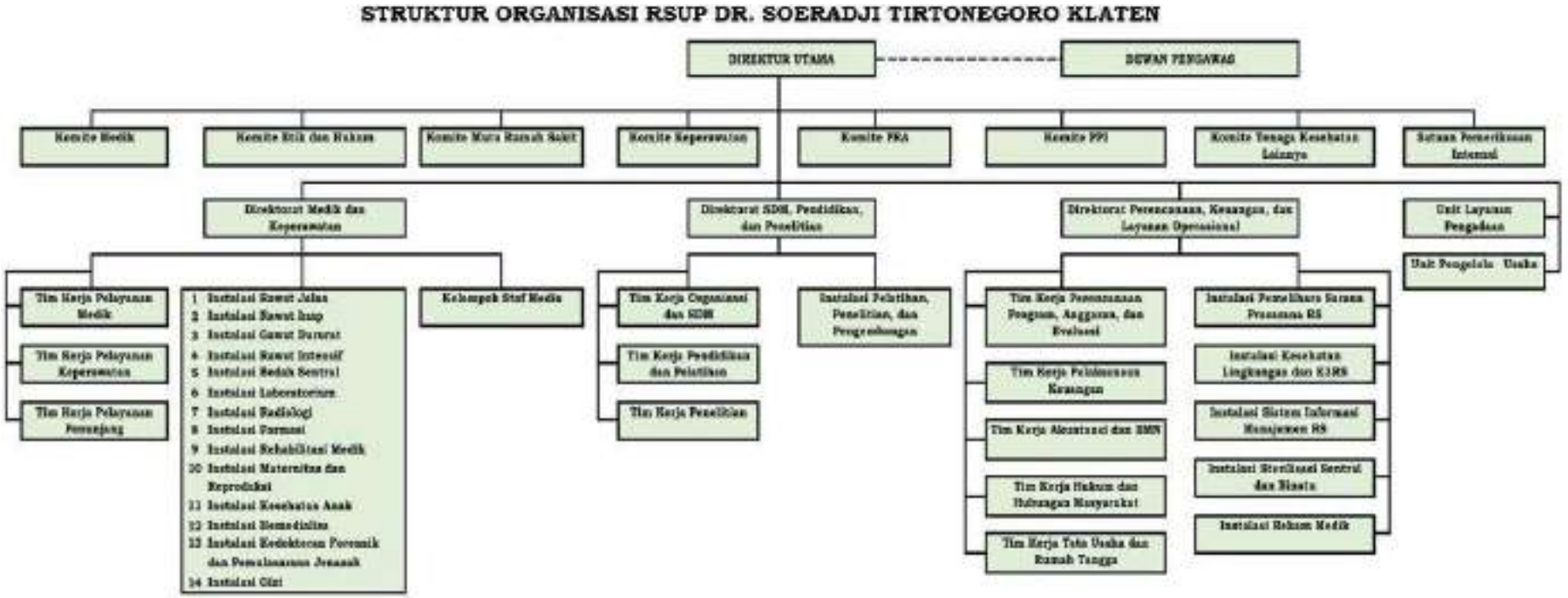
1. Visi RS Soeradji Tirtonegoro Klaten adalah RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan
2. Sasaran Strategis dijabarkan menjadi 10 Sasaran
3. Roadmap pengembangan layanan terdiri dari:
    1) Layanan Center of Excellent:
        a. Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna
        b. Pain and Spine Center
    2) Layanan unggulan RS:
        a. Layanan Kanker
        b. Layanan Jantung
        c. Layanan Stroke
        d. Layanan Uronefrologi
        e. Layanan Kesehatan Ibu dan Anak
4. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang telah dirumuskan dalam RSB 2025-2029 terdiri dari 12 Indikator berdasarkan sasaran strategis

B. Hal-hal yang perlu diperhatikan

1. Penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) oleh BPJS Kesehatan
2. Pelaksanaan Masterplan RS dan pentahapan Blockplan RS
3. Penggunaan dan pemanfaatan saldo awal untuk pengembangan pelayanan
4. Proyek pembangunan Gedung Oncology Center yang didanai melalui pembiayaan Pinjaman atau Hibah Luar Negeri (PHLN) dari *Islamic Development Bank (IsDB)*
5. Percepatan Transformasi Kesehatan
6. Implementasi Rekam Medik Elektronik
7. Pentingnya ketersediaan bank data sebagai bahan evaluasi dan monitoring dalam upaya strategik menentukan indikator, oleh karena itu kedepan diharapkan

LAMPIRAN

- **SOTK RS Soeradji Tirtonegoro**



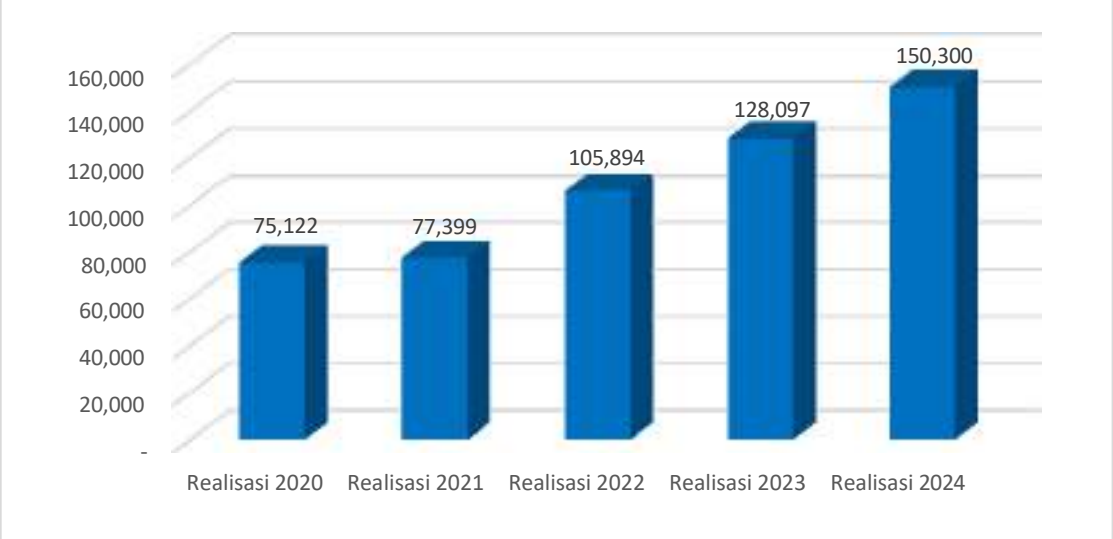
Kinerja Pelayanan

Berdasarkan Tipe Layanan

1. Kunjungan Rawat Jalan

Jumlah kunjungan Instalasi rawat jalan dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 14% dan jumlah rata rata kunjungan perbulan sebesar 24.203. Jumlah kunjungan tersebut tersaji pada gambar grafik 1 berikut:

Grafik 1
Kunjungan Rawat Jalan

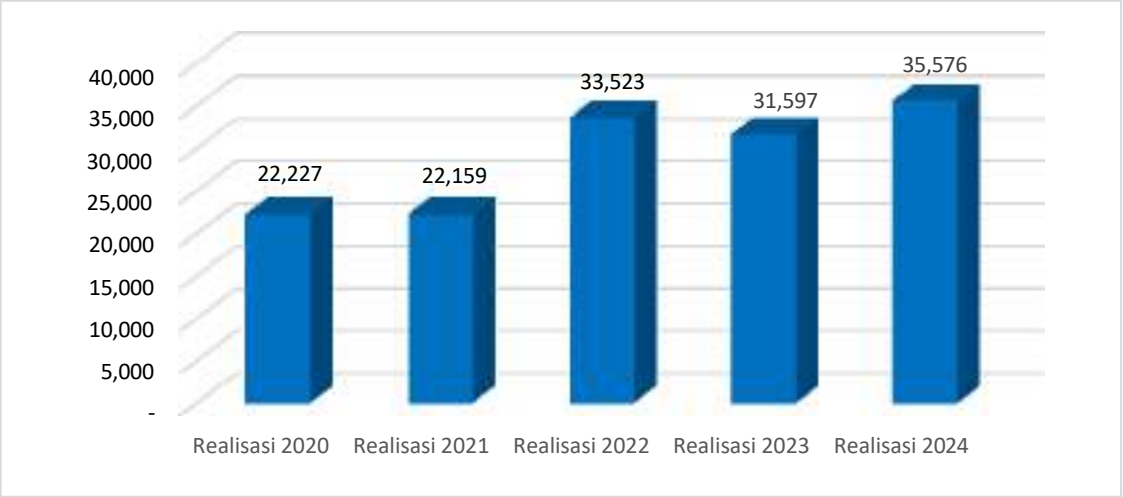


Jumlah kunjungan pada tahun 2020 sebanyak 75.122, jumlah kunjungan tahun 2021 meningkat 3% menjadi 77.399 kunjungan. Tahun 2021 kembali meningkat 37% menjadi 105.894, Tahun 2023 meningkat 21% menjadi 128.097 kunjungan dan ditahun 2024 sebanyak 150.300 kunjungan atau 120,13% dari yang ditarget 125.114 kunjungan.

2. Kunjungan Rawat Darurat

Jumlah kunjungan Instalasi Rawat Darurat dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 9% dan jumlah rata rata kunjungan perbulan sebesar 7.151. Jumlah kunjungan tahun 2020 sebesar 22.227, Tahun 2021 sebesar 22.159, Tahun 2022 sebesar 33.523, Tahun 2023 sebesar 31.597, dan tahun 2024 sebanyak 35.576 atau 113,13% dari yang ditargetkan 31.448 kunjungan. Realisasi kunjungan Rawat Darurat tersaji pada grafik 2 berikut:

Grafik 2
Kunjungan Rawat Darurat

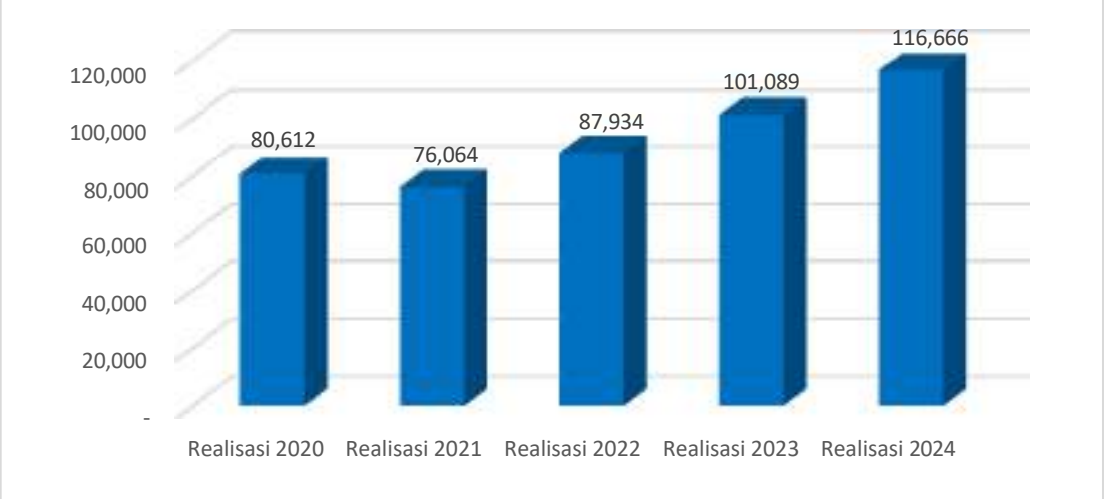


Kunjungan tahun 2021 menurun dibandingkan tahun 2020 dikarenakan terjadi awal pandemi Covid-19. Pada kunjungan tahun 2022 mengalami peningkatan dikarenakan adanya kebijakan penunggu pasien IGD yang akan masuk rawat inap dilakukan swab dan dihitung sebagai pasien IGD. Kunjungan tahun 2023 menurun dikarenakan kebijakan tersebut ditiadakan. Kunjungan tahun 2024 mulai meningkat kembali.

3. Hari Perawatan Rawat Inap

Jumlah hari perawatan Rawat Inap dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 6% dengan jumlah rata rata perbulan 22.490 hari. Realisasi jumlah hari rawat inap tersaji pada gambar Grafik 4 berikut:

Grafik 4
Hari Perawatan Rawat Inap

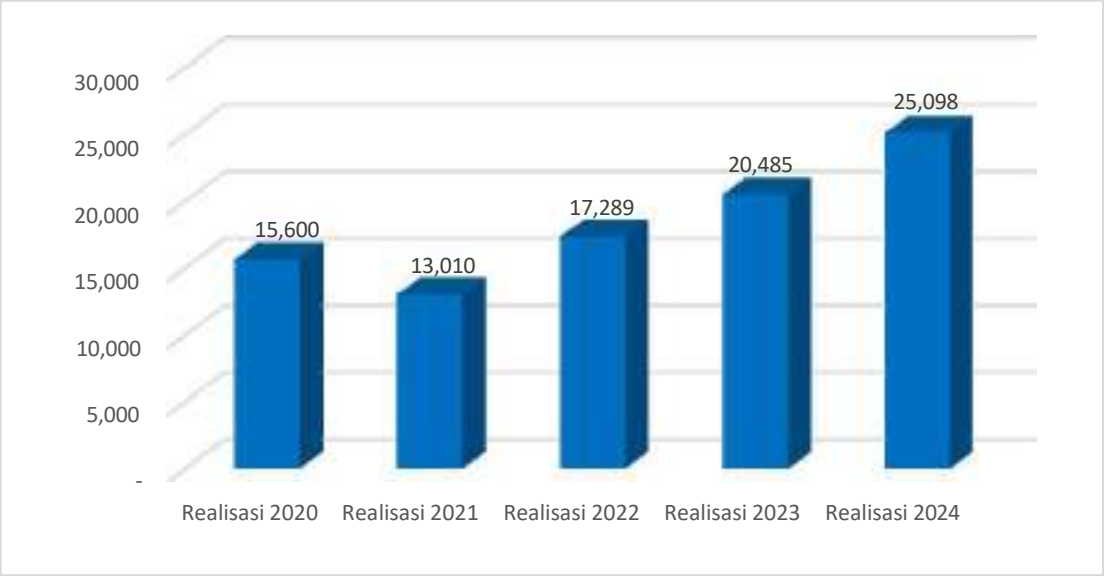


Jumlah hari perawatan rawat inap pada tahun 2020 sebanyak 80.612 hari. Padah tahun 2021 jumlah hari perawatan rawat inap mengalami penurunan 6% menjadi 76.064 hari. Penurunan tersebut dikarenakan pandemi Covid-19. Pada tahun 2022 jumlah hari perawatan rawat inap meningkat 16% menjadi 87.934 hari dan tahun 2023 meningkat 15% menjadi 101.089 hari dan tahun 2024 sebanyak 116.666 hari atau 118,21% dari yang ditargetkan 98.696 hari perawatan.

4. Kunjungan Rawat Inap

Jumlah kunjungan Instalasi Rawat Inap dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 7% dan jumlah rata rata perbulan 4.254 kunjungan. Realisasi kunjungan tersaji di gambar Grafik 3 berikut:

Grafik 3
Kunjungan Rawat Inap



Pada tahun 2020 jumlah kunjungan Sebesar 15.600, dan jumlah kunjungan ditahun 2021 menurun 17% menjadi 13.010 kunjungan. Penurunan Tersebut dikarenakan Pandemi Covid-19. Pada tahun 2022 jumlah kunjungan meningkat 33% menjadi 17.289, Pada kunjungan 2023 meningkat 195% menjadi 20.575 kunjungan dan kunjungan pada tahun 2024 sebanyak 25.098 atau 126,13% dari yang ditargetkan 19.898 kunjungan.

5. Pemeriksaan Radiologi

Jumlah Pemeriksaan Radiologi dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 13% dengan jumlah rata rata perbulan 7.798 pemeriksaan. Realisasi jumlah Pemeriksaan Laboratorium tersaji pada gambar Grafik 8 berikut

Grafik 9
Pemeriksaan Radiologi

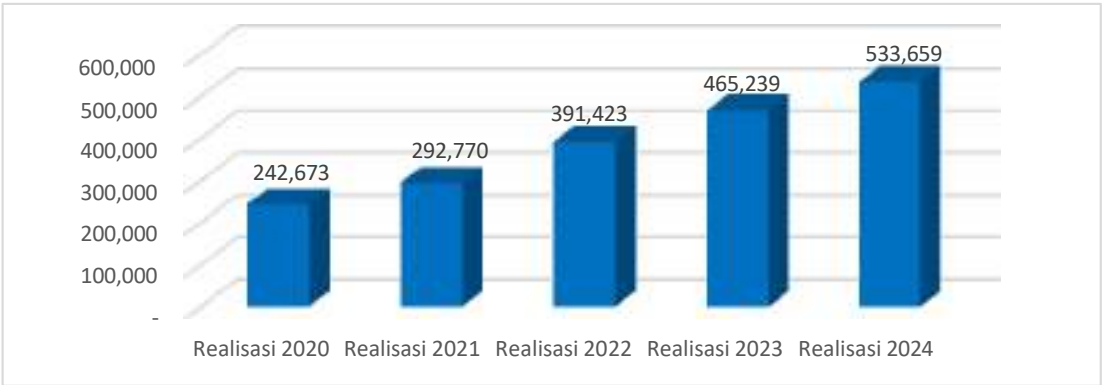


Pada tahun 2020 jumlah Pemeriksaan Radiologi sebesar 24.588 pemeriksaan. Jumlah pemeriksaan ditahun 2021 meningkat 5% menjadi 25.907 pemeriksaan. Pada tahun 2022 jumlah Pemeriksaan Radiologi meningkat 27% menjadi 32.952 pemeriksaan, Tahun 2023 meningkat 23% menjadi 40.509 Pemeriksaan dan tahun 2024 sebanyak 48.673 pemeriksaan atau 119,62% dari yang ditargetkan 40.688 pemeriksaan.

6. Pemeriksaan Laboratorium

Jumlah Pemeriksaan Laboratorium dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 18% dengan jumlah rata rata perbulan 86.931 pemeriksaan. Realisasi jumlah Pemeriksaan Laboratorium tersaji pada gambar Grafik 8 berikut:

Grafik 8
Pemeriksaan Laboratorium



Pada tahun 2020 jumlah Pemeriksaan Laboratorium sebesar 242.673 pemeriksaan dan jumlah pemeriksaan ditahun 2021 meningkat 21% menjadi 292.770 pemeriksaan. Pada tahun 2022 jumlah Pemeriksaan Laboratorium meningkat 34% menjadi 391.423 pemeriksaan, Tahun 2023 meningkat 19% menjadi 465.239 Pemeriksaan dan tahun 2024 sebanyak 533.659 pemeriksaan atau 128,65% dari yang ditargetkan 414.828 pemeriksaan.

7. Tindakan Operasi

Jumlah Tindakan Operasi dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami Penurunan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2023 sebesar 20% dengan jumlah rata rata perbulan 1439 tindakan. Realisasi jumlah Tindakan Operasi tersaji pada gambar Grafik 7 berikut:

Grafik 7
Tindakan Operasi



Pada tahun 2020 jumlah Tindakan operasi sebesar 4.325 tindakan dan jumlah kunjungan ditahun 2021 menurun 10% menjadi 3.896 tindakan. Penurunan Tersebut dikarenakan Pandemi Covid-19. Pada tahun 2022 jumlah Tindakan operasi mkeningkat 74% menjadi 6.772 tindakan, dikunjungan 2023 meningkat 35% menjadi 9.116 tindakan dan tahun 2024 sebanyak 10.442 tindakan atau 124% dari yang ditargetkan 8.421 tindakan.

8. Hemodialisa

Jumlah kunjungan Hemodialisa dalam kurun waktu 4 tahun terahir mengalami Penurunan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2023 sebesar 2% dengan jumlah rata rata perbulan 5.934 kunjungan. Realisasi jumlah kunjungan Hemodialisa tersaji pada gambar Grafik 4 berikut:

Grafik 6
Hemodialisa



Pada tahun 2020 jumlah kunjungan Hemodialisa sebesar 22.622 kunjungan, dan jumlah kunjungan ditahun 2021 menurun 1% menjadi 22.293 kunjungan. Pada tahun 2022 jumlah kunjungan Kembali menurun 6% menjadi 20.976 kunjungan. Penurunan Tersebut dikarenakan Pandemi Covid-19. dan dikunjungan 2023 meningkat 1% menjadi 21.253 kunjungan dan tahun 2024 meningkat sebanyak 22.893 atau 98,80% dari yang ditargetkan 23.170 tindakan.

9. Kunjungan Rehab Medik

Jumlah kunjungan Rehap Medik dalam kurun waktu 5 tahun terahir mengalami peningkatan dengan tren rata rata selama tahun 2020-2024 sebesar 20% dengan jumlah rata rata perbulan 3.370 kunjungan. Realisasi jumlah kunjunagan Rehap Medik tersaji pada gambar Grafik 4 berikut:

Grafik 5
Kunjungan Rehab Medik



Pada tahun 2020 jumlah kunjungan sebesar 9.853, dan jumlah kunjungan ditahun 2021 menurun 3% menjadi 9.569 kunjungan. Penurunan Tersebut dikarenakan Pandemi Covid-19. Pada tahun 2022 jumlah kunjungan meningkat 66% menjadi 15.889 dan dikunjungan 2023 meningkat 29% menjadi 20.523 kunjungan dan tahun 2024 sebanyak 23.845 kunjungan atau 125,09% dari yang ditargetkan 19.062 kunjungan.

- **Kinerja Pelayanan**

Berdasarkan Cara Bayar

Data Jumlah Pasien berdasarkan Cara Bayar
Tahun 2020 - 2024

No.	Jenis Layanan	TAHUN									
		2020		2021		2022		2023		2024	
		BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS	BPJS	Non BPJS
1	**Kunjungan Rawat Jalan**										
	REHABILITASI MEDIK	9.147	706	8.895	674	14.847	1.042	19.680	843	22.866	979
	HEMODIALISA RAWAT JALAN	22.286	14	20.967	15	19.259	7	19.117	2	19.876	2
	BEDAH ORTOPEDI	8.521	2.071	8.193	1.655	10.222	2.296	12.541	2.619	13.457	2.810
	BEDAH ONKOLOGI	5.582	124	7.340	125	8.877	140	9.336	216	10.147	235
	JANTUNG	4.037	834	3.362	653	6.176	764	9.187	542	12.474	736
	MATA	2.918	741	4.211	707	6.280	899	8.624	1.105	10.366	1.328
	SARAF	3.205	751	3.334	705	6.054	1.044	6.729	937	7.034	980
	DALAM/INTERNA			4.059	640	4.608	741	6.289	962	9.052	1.385
	KESEHATAN ANAK	3.397	504	3.082	330	4.918	913	4.998	1.178	5.367	1.265
	GIGI SPESIALIS/BEDAH MULUT							4.661	1.611	5.305	1.834
	HEMATOLOGI ONKOLOGI MEDIS			490	10	3.922	174	4.497	78	5.325	92
	TUMBUH KEMBANG ANAK	2.624	605	2.666	1.790	3.405	689	4.206	492	4.404	515
	THT	1.909	1.195	1.946	952	2.792	1.287	3.757	1.548	3.683	1.518
	BEDAH UROLOGI	1.409	200	1.293	224	2.321	255	3.541	349	3.410	336
	KULIT DAN KELAMIN	1.256	524	1.427	441	2.017	730	2.708	766	2.716	768
	BEDAH SARAF	1.715	134	1.755	128	2.190	132	2.612	140	3.256	174
	VCT	1.954	794	1.811	1.007	2.134	1.130	2.584	1.405	2.803	1.524
	GINJAL DAN HIPERTENSI	860	54	1.302	77	1.673	79	2.244	82	2.415	88
	BEDAH VASCULER & ENDO VASCULER					736	35	2.109	75	2.289	81
	Total Kunjungan Rawat Jalan	**90.314**	**16.961**	**89.449**	**18.501**	**119.412**	**21.637**	**148.189**	**21.083**	**169.057**	**24.052**
2	**Kunjungan Rawat Inap**	**13.725**	**1.875**	**10.898**	**2.112**	**15.288**	**2.001**	**19.551**	**934**	**23.954**	**1.144**
3	**IGD**	**17.951**	**4.276**	**12.476**	**9.729**	**19.809**	**13.514**	**26.544**	**4.385**	**30.532**	**5.044**

Jumlah kunjungan pasien BPJS baik dari rawat jalan, rawat inap maupun rawat darurat dari tahun 2020 – 2024 trendnya cenderung mengalami peningkatan setiap tahun. Tahun 2021 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya disebabkan oleh kondisi pandemi Covid 19. Begitu juga dengan kunjungan pasien non BPJS baik rawat jalan, rawat inap maupun rawat darurat dari tahun 2020 – 2024 trendnya juga mengalami peningkatan, walaupun belum signifikan.

Kinerja Keuangan

Ringkasan Agregat Alokasi dan Realisasi Belanja 2020-2024

No	Uraian	2020		2021		2022		2023		2024	
		Alokasi	Realisasi	Alokasi	Realisasi	Alokasi	Realisasi	Alokasi	Realisasi	Alokasi Definitif	Proyeksi 2024
I	**Pendapatan PNBP**	**280,000,000,000**	**300,121,605,435**	**350,000,000,000**	**363,515,168,648**	**370,000,000,000**	**355,068,588,588**	**300,000,000,000**	**381,585,741,465**	**125,000,000,000**	**420,000,000,000**
	Pendapatan Jasa Pelayanan RS 424111	220,594,394,000	269,817,004,902	220,400,000,000	208,729,608,845	270,230,288,000	280,222,603,828	250,970,000,000	281,088,873,521	115,740,000,000	414,740,000,000
	Pendapatan kerjasama BLU 424112	194,895,000	305,546,348	500,000,000	454,852,771	776,700,000	651,254,501	813,200,000	720,412,165	259,900,000	259,900,000
	Pendapatan entitas pemerintah 424421	31,500,000	25,452,838,348	38,000,000,000	251,018,952,018	124,900,000	94,040,016,760	113,700,000	4,334,422,000	144,500,000	144,500,000
	Pendapatan jasa layanan Perbankan BLU 424911	1,687,885,000	4,305,796,921	3,000,000,000	4,312,093,806	2,063,100,000	5,264,303,445	3,093,100,000	11,825,487,869	2,740,000,000	2,740,000,000
	Pendapatan Lain-Lain BLU 424919	491,952,000	800,301,904	1,100,000,000	912,628,919		1,083,757,574		42,551,796	1,469,000,000	1,469,000,000
	Pendapatan Hibah										
II	**Belanja Operasional**	**287,886,780,000**	**268,837,535,405**	**285,787,452,000**	**262,572,014,153**	**310,041,100,000**	**286,885,571,598**	**371,505,020,000**	**351,712,894,339**	**144,660,170,000**	**430,668,170,000**
	A. Belanja Barang PNBP BLU	225,201,647,000	196,818,655,899	225,247,503,000	203,119,394,618	219,672,139,000	220,665,780,935	302,431,435,000	294,885,780,526	160,245,671,000	385,245,671,000
	1.Belanja Gaji dan Tunjangan	100,000,000,000	87,995,007,858	100,000,000,000	90,914,494,013	101,888,580,000	108,389,085,803	120,000,000,000	119,994,599,858	130,000,000,000	168,000,000,000
	2.Belanja barang	34,819,590,000	30,717,602,108	33,284,903,000	29,815,508,512	31,374,798,000	28,901,686,439	35,617,666,000	34,862,891,868	31,139,571,000	17,522,686,000
	3.Belanja Jasa	24,561,713,000	20,678,130,703	28,483,376,000	19,010,657,000	19,244,677,000	18,581,789,919	19,042,664,000	18,223,485,877	18,356,558,000	51,456,662,000
	4.Belanja Pemeliharaan	51,874,150,000	49,379,937,464	58,289,425,000	52,777,579,696	75,642,416,000	68,895,169,707	99,263,026,000	95,636,160,401	72,181,238,000	101,899,939,000
	5.Belanja perolehan Aset	8,810,158,000	6,778,357,534	8,975,300,000	7,771,179,185	4,955,243,000	4,501,851,075	16,998,620,000	11,160,575,335	13,752,322,000	13,752,322,000
	6.Belanja Perjalanan Dinas	781,068,000	369,308,934	596,646,000	259,187,396	809,544,000	764,563,596	435,256,000	434,789,261	425,256,000	425,256,000
	7.Belanja barang dan Jasa lainnya	1,931,000,000	1,425,745,718	3,097,851,000	1,610,868,424	8,107,161,000	5,961,423,648	11,034,200,000	6,951,240,741	12,189,928,000	12,188,928,000
	8.Belanja Bunga/ cicilan										
	B. Belanja RM (Biaya belanja modal)	**72,701,122,000**	**71,888,726,372**	**60,049,909,000**	**59,913,624,725**	**90,368,777,000**	**67,999,661,814**	**69,039,485,000**	**56,826,161,641**	**54,422,406,000**	**54,422,406,000**
	1.Belanja Pegawai	52,654,400,000	52,201,038,000	52,049,909,000	51,913,623,100	54,883,728,000	51,124,830,208	58,279,485,000	54,084,228,222	54,422,406,000	54,422,406,000
	2.Belanja barang dan jasa	20,046,722,000	19,707,692,280	7,480,000,000	7,999,991,618	15,785,049,000	14,826,031,439	10,800,000,000	16,762,145,329	-	-
III	**Belanja modal**	**96,348,101,000**	**90,845,991,035**	**138,690,933,000**	**128,111,188,540**	**107,978,064,000**	**98,985,886,842**	**75,338,915,000**	**71,038,340,535**	**84,950,799,000**	**84,950,799,000**
	1.Belanja Modal BLU	31,591,789,000	26,453,616,305	89,599,966,000	87,511,126,658	60,123,098,000	52,567,796,842	75,338,915,000	71,038,340,535	34,754,127,000	34,754,127,000
	Belanja Modal Tanah	90,000,000	20,345,000	90,000,000	64,137,500	10,888,700,000	5,357,000,000	5,394,029,000	4,586,274,419	560,000,000	560,000,000
	Belanja modal peralatan dan mesin	5,491,132,000	4,474,721,737	6,793,956,000	6,167,498,077	48,274,397,000	45,930,489,668	20,542,180,000	21,666,950,859	32,969,692,000	32,969,692,000
	Belanja Modal gedung dan Bangunan	26,837,957,000	21,958,549,468	82,139,010,000	81,509,498,179	1,780,091,000	1,379,670,174	49,042,608,000	45,585,083,648	1,224,525,000	1,224,525,000
	2.Belanja modal rupiah murni	64,556,312,000	64,192,145,438	48,690,967,000	40,269,051,696	47,854,966,000	46,868,090,000	-	-	-	-
	3.Belanja Modal PHLN									50,196,672,000	50,196,672,000
IV	Surplus/Defisit (I-II)	527,866,780,000	569,149,108,908	535,787,452,000	626,118,268,988	590,041,164,000	652,074,152,527	671,505,020,000	741,277,835,616	669,660,170,000	859,668,170,000
V	Penggunaan Saldo Kas BLU			65,747,469,000		19,795,417,000		77,810,154,000			
VI	Surplus/Defisit sebelum penerimaan RM (III + V)	527,866,780,000	569,149,108,908	601,534,981,000	626,118,268,988	609,836,581,000	652,074,152,527	749,315,174,000	741,277,835,616	669,660,170,000	859,668,170,000
VII	Penerimaan RM (II.B + III)			138,740,843,000	187,564,895,183	178,346,781,000	166,985,679,856	144,463,404,000	139,864,550,568	139,371,205,000	139,371,205,000
VIII	Surplus/Defisit setelah penerimaan RM (VI + VII)	527,866,780,000	569,149,108,908	702,285,721,000	813,683,089,142	788,183,112,000	818,779,843,593	893,778,678,000	881,142,349,204	809,046,484,000	999,041,488,000
IX	Total anggaran pendapatan (I+VII)			1,142,285,721,000	1,177,248,459,050	1,068,183,210,000	1,073,948,430,168	1,255,778,678,000	1,264,798,887,969	1,154,046,484,000	1,419,041,488,000
X	Total anggaran belanja (II+III)	384,234,870,000	359,473,340,308	424,488,385,000	390,714,094,672	418,019,164,000	385,771,388,761	446,844,435,000	422,750,341,856	429,023,076,000	515,619,076,000

- **Rasio Keuangan**

Penilaian Indikator pada Aspek Keuangan
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020 – 2024

No	Indikator	Nilai Maksimal	Skor Maksimal	2020		2021		2022		2023		2024	
				Nilai RS	Skor RS	Nilai RS	Skor RS	Nilai RS	Skor RS	Nilai RS	Skor RS	Nilai RS	Skor RS
1	Rasio Kas	240 < RK ≤ 300	2,25	928,31%	0,50	2772,31%	0,50	699,83%	0,50	249,46%	2,25	169,92%	1,25
2	Rasio Lancar	RL > 600	2,75	10035,34%	2,75	5058,59%	2,75	5966,93%	2,75	3694,37%	2,75	1459,90%	2,75
3	Periode Penagihan Piutang	PPP < 30	2,25	57,64	1,25	45,09	1,25	47,66	1,25	11,73	2,25	7,65	2,25
4	Perputaran Asset Tetap	PAT > 20	2,25	28,40%	2,25	35,43%	2,25	27,08%	2,25	30,50%	2,25	14,41%	1,25
5	Imbalan atas Asset Tetap (ROFA)	ROFA > 6	2,25	6,84%	2,25	13,34%	2,25	6,44%	2,25	5,35%	2,00	-0,81%	0,00
6	Imbalan atas Ekuitas (ROE)	ROE > 8	2,25	8,35%	2,25	16,32%	2,25	7,37%	2,05	6,33%	1,85	-0,90%	0,00
7	Perputaran Persediaan	30 < PP ≤ 35	2,25	29,29	1,75	13,77	0,75	17,80	1,25	21,07	1,25	13,28	0,75
8	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional	PB > 65	2,75	94,57%	2,75	125,21%	2,75	100,12%	2,75	97,96%	2,75	77,77%	2,75
			19,00		**15,75**		**14,75**		**15,05**		**17,35**		**11,00**

Berdasarkan data diatas Rasio Kas yang diperoleh cenderung menurun selama periode 5 tahun terakhir dari tahun 2020 sampai dengan 2024, walaupun pada tahun 2021 persentase Rasio Kas meningkat sebesar 2.772,31%, di tahun berikutnya mengalami penurunan dan di tahun 2023 persentase mencapai nilai maksimal, sehingga rumah sakit telah maksimal dalam menggunakan uang kas yang tersedia untuk pembayaran. Rasio Lancar cenderung mengalami penurunan setiap tahun dan telah mencapai nilai maksimal, hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit mampu menjamin kewajiban lancarnya dengan baik. Sedangkan dari segi rasio profitabilitas, yaitu ROFA dan ROE, dilihat dari tahun ke tahun dinilai kurang baik karena belum mencapai nilai maksimal. Dilihat dari data diatas dapat diketahui bahwa bahwa hasil dari rasio profitabilitas untuk ROFA dan ROE pada tahun 2021 mengalami peningkatan dan pada tahun-tahun berikutnya hingga tahun 2024 nilainya mengalami penurunan. Hal ini menunjukkan terjadi penurunan kinerja dalam memperoleh laba dan belum efisien dalam menggunakan modalnya untuk meningkatkan laba.

- **Realisasi Indikator MKKO 2024**

No.	Nama Indikator	Standar Nilai	Desember	S.d Desember
1	*EBITDA*	*Positif*	-11.644	-31.933
2	Net Cash Flow	Positif	-54.822	-38.892
3	Pendapatan Operasional	Linear sesuai target pendapatan BLU/PNBP	35.940	425.400
4	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	X ≤ 45%	67,0%	60,5%
5	Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	X ≤ 25%	24,0%	23,8%
6	Rasio Beban Persediaan Non Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	X ≤ 5%	2,5%	1,6%
7	Gross Margin	X ≥ 25%	-17%	-3%
8	Operating Margin	X ≥ 10%	-62%	-29%
9	Ebitda Margin	X ≥ 15%	-39%	-9%
10	Days Receivable Turnover	≤ 40 hari	52	52
11	Days Inventory Turnover	≤ 60 hari	15	15
12	Days Payable Turnover	≤ 60 hari	15	15
13	Porsi Pendapatan Non JKN terhadap Pendapatan Operasional		6,46%	5,65%
14	Rasio POBO (tanpa Remunerasi Direksi dan Dewas)		81%	97%

- **Kinerja Sumber Daya Manusia (SDM)**
  - **Jumlah Pegawai berdasar Pendidikan**

Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020 – 2024

No	Pegawai Berdasarkan Pendidikan	2020		2021		2022		2023		2024	
		ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN	ASN	Non ASN
I.	MEDIK	73	25	81	14	91	19	94	16	102	19
II.	KEPERAWATAN	320	107	334	95	363	85	418	62	463	93
III.	KEBIDANAN	33	15	33	15	34	14	38	10	36	11
IV.	KEFARMASIAN	24	31	28	30	31	29	62	1	61	18
V.	KESEHATAN MASYARAKAT	12	7	10	7	11	7	19	2	19	2
VI.	GIZI	12	4	13	4	15	3	19	0	19	0
VII.	KETERAPIAN FISIK	18	2	19	2	19	2	20	1	20	0
VIII.	KETEKNISIAN MEDIK	64	19	64	26	68	27	90	18	102	8
IX.	NON MEDIK	140	215	131	214	140	198	150	121	153	114
	Jumlah	696	425	713	407	772	384	910	231	975	265

Roadmap Pengembangan Layanan

1) Layanan Center of Excellent

Layanan Pain and Spine Center

Berdasarkan RENSTRA Kementerian Kesehatan dan Arahan dari Menteri Kesehatan bahwa sebagai RS Vertikal harus mampu menjadi RS Vertikal Berkelas Internasional level ASIA, dimana RS Soeradji Tirtonegoro akan mengembangkan layanan Pain and Spine Center sebagai layanan center of Excellent yang berkelas internasional dan level ASIA. Adapun pertimbangan layanan Pain and Spine Center menjadi layanan center of excellent pada RSB 2025-2029 sebagai berikut:

1. Multidisiplin ilmu dimana Endoscopy spine oleh Dokter Bedah Syaraf dan Orthopedi, tidak spesifik pada BESS
2. Nyeri secara keseluruhan, pusat manajemen nyeri
3. Termasuk sport medicine

Selain itu juga akan dikembangkan menjadi health tourism dan juga sister hospital dengan beberapa RS di luar negeri

2) Layanan unggulan RS

Selain menjadi RS Berkelas Internasional, RS Vertikal juga harus mampu menjadi RS Pengampu Jejaring Nasional yaitu dengan mengembangkan Layanan Prioritas Kementerian Kesehatan yang akan menjadi layanan unggulan RS sebagai berikut:

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.

b. Layanan Jantung

RS juga akan menjadi pengampu bagi layanan jantung di RS Jejaring yang ada di sekitar RS

c. Layanan Stroke

RS juga akan menjadi pengampu bagi layanan stroke di RS Jejaring yang ada di sekitar RS. Adanya stroke center menambah kelengkapan pelayanan dalam memberikan layanan stroke.

d. Layanan Uronefrologi

RS juga akan menjadi pengampu bagi layanan Uronefrologi di RS Jejaring yang ada di sekitar RS. Tingginya kasus uronefrologi terutama layanan hemodialisa, memberikan peluang bagi RS untuk menambah fasilitas untuk layanan hemodialisa dengan rencana penambahan mesin Dialisis agar dapat melayani pasien.

e. Layanan Kesehatan Ibu dan Anak

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

3) 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. Mulai tahun 2023 dilakukan revitalisasi Layanan Rawat Jalan Eksekutif. Sedangkan di Tahun 2024-2025, melakukan pengembangan Layanan Rawat Inap Eksekutif yang sudah ada dengan melakukan revitalisasi Ruang Rawat Inap VIP yang sudah ada untuk lebih memikat pasien.

Matriks Program dan Kegiatan

Matriks Program dan Kegiatan

Tahun 2025 - 2029

No	Sasaran Strategis	No	Inisiatif Strategis	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029
Pertumbuhan dan Pembelajaran								
1	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	1	Peningkatan budaya kerja	Melakukan survey kepuasan internal	Melakukan survey kepuasan internal	Melakukan survey kepuasan internal	Melakukan survey kepuasan internal	Melakukan survey kepuasan internal
				Menyusun tim pelaku peningkatan budaya kerja, Menyusun rencana peningkatan budaya, Melakukan Knowledge Sharing	Menginisiasi setiap satuan kerja untuk mengusulkan dan melaksanakan ide inovasi dalam 1 tahun	Menyediakan sarana penilaian dalam bentuk digital dan mendorong tersedianya feedback dari customer yang dilayani secara real time.	Menyiapkan sarana feedback pasien secara elektronik dan secara aktif melakukan outreach kepada pasien untuk mendapatkan feedback	Menyiapkan sarana feedback internal untuk mengevaluasi efektivitas peningkatan budaya
Proses Bisnis Internal								
2	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	2	Digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran,dan Medical Record yang terintegrasi	Perancangan dan Implementasi system antrian online	Implementasi dan integrasi system antrian online	Penyempurnaan Integrasi system antrian online	Penyempurnaan Integrasi system antrian online	Penyempurnaan Integrasi system antrian online
		3	Memenuhi kebutuhan sarpras dan alkes yang	Monitoring dan evaluasi penggunaan sarana prasarana untuk layanan	Monitoring dan evaluasi penggunaan sarana	Monitoring dan evaluasi penggunaan sarana	Monitoring dan evaluasi penggunaan sarana	Monitoring dan evaluasi penggunaan sarana

No	Sasaran Strategis	No	Inisiatif Strategis	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029
			mendukung pengampuan pada layanan unggulan lainnya	unggulan	prasarana untuk layanan unggulan	prasarana untuk layanan unggulan	prasarana untuk layanan unggulan	prasarana untuk layanan unggulan
3	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	4	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	Monev Kepatuhan CP	Penambahan Jumlah CP dan Monev Kepatuhan CP	Penambahan Jumlah CP dan Monev Kepatuhan	Penambahan Jumlah CP dan Monev Kepatuhan	Penambahan Jumlah CP dan Monev Kepatuhan CP
				Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan Clinical Pathway	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan Praktek Klinik	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan Praktek Klinik	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan Praktek Klinik	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan Panduan Praktek Klinik
4	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	5	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Pengembangan Aplikasi e-Remunerasi (baru) dan Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik dan Rawat Inap	Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru dan Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik dan Rawat Inap	Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru dan Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik dan Rawat Inap	Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru dan Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik dan Rawat Inap	Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru dan Memantau kehadiran pemberi layanan Poliklinik dan Rawat Inap
5	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	6	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	Penerapan check in dan check out poliklinik	Pengembangan check in dan check out untuk semua layanan	Implementasi check in dan check out untuk semua layanan	Implementasi check in dan check out untuk semua layanan	Implementasi check in dan check out untuk semua layanan
				Optimalisasi penggunaan aerocom untuk mempercepat sampel pemeriksaan	Pelayanan Lab terpadu di Gedung Onkologi untuk	Perbaikan kualitas pelayanan dan kecepatan	Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan pelayanan	Perbaikan dan pengembangan pelayanan di laboratorium

No	Sasaran Strategis	No	Inisiatif Strategis	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029
					mempercapat waktu tunggu	pelayanan oleh petugas	laboratorium	untuk memperbaiki waktu tunggu
				Penerapan check in dan check out layanan radiologi sehingga mengurangi waktu tunggu antrian	Pelayanan Radiologi terpadu di Gedung Onkologi mempercapat waktu tunggu pasien	Perbaikan kualitas pelayanan dan kecepatan pelayanan oleh petugas Radiologi	Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan pelayanan Radiologi	Perbaikan dan pengembangan pelayanan di Radiologi untuk memperbaiki waktu tunggu
				Penerapan layanan operasi 24 Jam	Penambahan Ruang OK pada Gedung Onkologi Center	Optimalisasi layanan operasi di GBST dan Gedung Onkologi	Perbaikan dan evaluasi penerapan layanan operasi 24 jam	Perbaikan dan evaluasi penerapan layanan operasi 24 jam
6	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	7	Pengembangan branding dan marketing RSV	Riset Pasar untuk memahami trend, Merumuskan dan menentukan nilai Brand	Pengembangan Strategi Merek untuk Membangun Identitas,	Mengembangkan Pengalaman Pelanggan (external dan internal) di sepanjang touchpoint	Implementasi dan Konsistensi, Pengukuran dan Mengcapture feedback/umpan balik	Adjustment dan Perbaikan berdasarkan feedback/umpan balik
Stakeholder								
7	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	8	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	Integrasi Keluhan Pasien ke HP Direksi sehingga langsung ditangani	Pengembangan Aplikasi Dasboard Keluhan Pasien berbasis IT dilengkapi tindak lanjut	Penyempurnaan system penanganan keluhan pasien	Monitoring dan Evaluasi serta perbaikan system penanganan keluhan pasien	Monitoring dan Evaluasi serta perbaikan system penanganan keluhan pasien

No	Sasaran Strategis	No	Inisiatif Strategis	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029
		9	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Penataan Lahan Parkir dan Pembangunan Gedung Penunjang dan Parkir Tahap II	Renovasi area taman, toilet dan ruang tunggu	Penataan lahan di area tanah samping RS	Pembuatan area taman dan ruang terbuka hijau sesuai dengan Masterplan	Monitoring, evaluasi dan perbaikan fasilitas parkir, taman, toilet dan ruang tunggu
8	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas			Simplifikasi kepulangan pasien sehingga TT dapat segera digunakan kembali	Penambahan jumlah TT sebanyak 154 TT pada Gedung Onkologi Center	Optimalisasi ruang rawat inap dan administrasi pasien Rawat inap dengan RME terintegrasi sehingga real time	Perbaikan dan evaluasi layanan rawat inap dan Penyempurnaan RME terintegrasi sehingga real time	Pengembangan dan penyempurnaan aplikasi RME untuk mengakomodir dan memperbaiki waktu masuk Rawat Inap
				Optimalisasi layanan ruang IMC untuk mempercepat waktu tunggu IGD dan optimalisasi IGD di Gedung PIE	Penambahan IGD pada Gedung Onkologi Center sehingga dapat mempercepat waktu tunggu	Optimalisasi TT di IGD Gedung GBST, IGD PIE dan IGD Gedung Onkologi	Evaluasi dan perbaikan sistem layanan di IGD Gedung GBST, IGD PIE dan IGD Gedung Onkologi	Monitoring dan evaluasi secara berkala serta perbaikan sistem pelayanan di IGD agar bisa lebih baik dan lebih cepat
9	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	10	Mengembangkan pelayanan dan pendidikan berbasis riset	CRU Devolepment: Kolaborasi Riset internasional, Kolaborasi riset networking pengembangan riset (Universitas dan RS),	CRU Devolepment: Kolaborasi Riset internasional, Kolaborasi riset networking	Worldclass trial site/CRU: Kolaborasi Riset dan networking serta pendanaan dan Research Complementary	Worldclass trial site/CRU: Artificial Intellegence (AI) dan Health computing pada riset medis	Worldclass trial site/CRU: Artificial Intellegence (AI) dan Health computing pada riset medis

No	Sasaran Strategis	No	Inisiatif Strategis	Tahun 2025	Tahun 2026	Tahun 2027	Tahun 2028	Tahun 2029
				Pengembangan Bio Molekuler Pengembangan Program pendidikan dokter Hospital Based	pengembangan riset (Universitas dan RS), Pengembangan Stem Cell, dan Pengembangan Ca Mamae Pelaksanaan program pendidikan dokter Hospital Based	Optimalisasi program pendidikan dokter hospital based	Optimalisasi program pendidikan dokter hospital based	Optimalisasi program pendidikan dokter hospital based
Finansial								
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	11	Mengembangkan layanan Non-BPJS	Optimalisasi Klinik Eksekutif dan Renovasi Kamar VIP	Pengembangan kerjasama dengan Asuransi Swasta dan Kerjasama MCU Eksekutif dengan perusahaan	Peningkatan kerjasama dengan Asuransi Swasta dan Kerjasama MCU Eksekutif dengan perusahaan	Penambahan jumlah kerjasama dengan Asuransi Swasta dan Kerjasama MCU Eksekutif perusahaan	Optimalisasi promosi layanan eksekutif
				Peningkatan jumlah pasien layanan non BPJS dengan proporsi pendapatan non BPJS tercapai 15%	Peningkatan jumlah pasien layanan non BPJS dengan proporsi pendapatan non BPJS tercapai 20%	Peningkatan jumlah pasien layanan non BPJS dengan proporsi pendapatan non BPJS tercapai 25%	Peningkatan jumlah pasien layanan non BPJS dengan proporsi pendapatan non BPJS tercapai 30%	Peningkatan jumlah pasien layanan non BPJS dengan proporsi pendapatan non BPJS tercapai 35%

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1) Direktur Utama	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2) Direktur Teknis	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
Stakeholder	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Memperbaiki fasilitas parkir	% zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total
						% keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi
					Memperbaiki fasilitas taman	% ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan
						% keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi
					Memperbaiki fasilitas toilet	% jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet
						% keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi
					Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Rasio ruang tunggu per pasien
						% keluhan fasilitas ruang tunggu yang
			Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	% capaian waktu masuk rawat inap ≤60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap
				% capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang		Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (*discharge*)
				% capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit	Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran
						Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan
				% pembatalan waktu operasi elektif	Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif
				% capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai
				% Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan lab	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen
				% capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam	Memperbaiki waktu pelayanan IGD	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD
			Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	% pengurangan jumlah keluhan pasien	Melaksanakan program *customer service* yang berfokus pada hospitality dan *patient experience*	% staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada *hospitality* dan *patient*
					Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk *call centre* , Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website
				Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	% keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja
	Terwujudunya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	% rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampuan sesuai dengan target dari RS pengampu	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Jumlah kegiatan pengampuan yang dilakukan bersama RS jejaring untuk 1 jenis layanan
	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	% riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset
			Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Jumlah penelitian translantional yang sudah dipubllikasikan di jurnal internasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1) Direktur Utama	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2) Direktur Teknis	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
						% jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi
			Mengembangkan program BGSi	Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	Menghimpun populasi potensial untuk program BGSi	Jumlah populasi yang dihampiri untuk direkrut program BGSi
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan *medical record* yang terintegrasi	% pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan *medical record*	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	% *Downtime rate* sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu *maintenance*)
						Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu *ticket*
					Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan
			Menerapkan digitalisasi sistem *inventory* RSV yang terintegrasi	Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover)	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi *inventory* yang terintegrasi	% data input inventory ke dalam sistem *inventory* digital
			Menguatkan fungsi pengadaan barang dan hasa menggunakan e-catalogue	% nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Skor BLU *maturity rating* aspek finansial	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk *maturity rating* aspek finansial	Capaian level likuiditas aspek finansial *maturity rating*
						Capaian level rasio efisiensi aspek finansial
						Capaian level rasio efektivitas aspek finansial *maturity rating*
						Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial *maturity rating*
				Skor BLU *maturity rating* aspek pelayanan dan TQM	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk *maturity rating* aspek pelayanan	Capaian level rasio IKM aspek pelayanan *maturity rating*
						Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan *maturity rating*
						Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan *maturity rating*
						Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan *maturity rating*
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	*Bed occupany rate* (BOR)	Meningkatkan utilisasi *bed* rawat inap	# *Bed turnover* (BTO)	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	*Average length of stay* (Avlos)
						# *Turnover interval* (TOI)
					Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	% rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan
			Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	% jumlah pasien rawat jalan	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Jumlah pasien rawat jalan
			Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	utilisasi ruang OK	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
			Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	% pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	Perencanaan *central procurement* untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolisasi untuk pengadaan
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*	Capaian indikator klinis sesuai PPK	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan *clinical pathway*	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis
		% standar klinis yang tercapai (*sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS*)		Kepatuhan *clinical pathway* (CP) per kelompok staf medis (KSM)	Melakukan *monitoring* dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1) Direktur Utama	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2) Direktur Teknis	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
			Meningkatkan mutu layanan unggulan	*(indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)* [LAYANAN STROKE] - Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup [LAYANAN KANKER] - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari - Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari - Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari [LAYANAN JANTUNG]	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan
					Melakukan *review* PPK untuk seluruh layanan unggulan	Jumlah PPK layanan ungguan yang di-*review* sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus,
	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	% peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	Meningkatkan jangkauan *channel* digital RS	% rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke *channel* digital milih RSV, seperti *website* , Instagram, dan TikTok
					Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	% peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi,
				% target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS	Mengembangkan layanan non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN
					Mengimplementasi pola tarif non-JKN	% kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah
Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	% kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)
		Training Effectiveness Index (TEI)		Ketepatan waktu *visite* dokter untuk pasien rawat inap		
				Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi - survey OSDM	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap
					Mengimplementasi pola remunerasi	% implementasi sistem remunerasi
						% jumlah dokter dengan produktiitas di
			Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	% Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1) Direktur Utama	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2) Direktur Teknis	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
				% Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun		Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	EBITDA	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	Operating revenue
				% *operating margin*	Mengendalikan beban terhadap pendapatan	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional
				% gross margin		Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional
						Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional
					Menerapkan standar unit cost pelayanan	% penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas
					Melakukan *review* tarif INACBGS secara berkala	% penyelesaian *review unit cost* layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5
						% kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru
					Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	% klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)
			Memperkuat cadangan modal strategis	*net cash flow*	Meningkatkan likuiditas keuangan	Perputaran Piutang (*Days Receivable Turnover*)
						Perputaran Utang (Days Payable Turnover)
			Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP)	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP)
					Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)

KPI 1: Target EBITDA Margin

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
1	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	• EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit. • Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). • Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidentil dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan *demolish* gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. • Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. • Pengelompokkan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022. *) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024	(EBITDA ÷ Pendapatan Operasional *Netto*) x 100%	Tahun 1 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1% Tahun 2 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1% Tahun 3 Cluster 1: 15% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2% Tahun 4 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2% Tahun 5 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 3%

KPI 2: Skor kepuasan pelanggan

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
2	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: • Poliklinik; • Rawat inap; • IGD; dan • Laboratorium Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara	Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/(Jumlah Unsur) Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan* 25 Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1- Tahun 3: Baik Tahun 4- Tahun 5: Sangat Baik

			elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Metode pengolahan data 1. Menghitung Nilai Pencapaian untuk Satu Unsur • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \{ \lambda^2 . N. P. Q\}/ \{d^2 (N-1) + \lambda^2. P. Q\}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) 2. Menghitung Kepuasan Pasien di Satu Unit • Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit 3. Menghitung Kepuasan Pasien di RS • Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di RS • Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh RS dengan melihat tingkat kinerja pelayanan		

			yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh RS		

*Contoh draf pertanyaan survei kepuasan pasien terdapat di lampiran 1.
Tabel Konversi Nilai Kepuasan

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	30644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 - 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

KPI 3: Pengampuhan Pelayanan Prioritas

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
3.	Mendukung pengampuan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	• Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu. • Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.	(rumah sakit yang berhasil diampu ÷ jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu) x 100%	Tahun 1: 50% Tahun 2: 57,5% Tahun 3: 65% Tahun 4: 72.5% Tahun 5: 80%

KPI 4: Target pendapatan penelitian

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
4	Mendorong inovasi melalui *Clinical Research Unit* (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	• Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN. • Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. • Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya.	(total pendapatan dari semua penelitian CRU ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	Tahun 1-5 RS Pendidikan Utama: 2% tiap tahun RS Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun

KPI 5: Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan *Back Office*. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup: a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat[1] (W: 20%) b. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%) c. Persentase integrasi sistem *inventory*[2] : (W: 20%) d. Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS[3]: (W: 20%) e. Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS[4]: (W: 20%) Catatan: [1]Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat [2]Sistem *inventory* sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan Inventori [3]Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem	(∑ (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW)+ (**ExW)) * W = weight/bobot	Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100%

			remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan SDM/HRD [4]Sistem *finance* terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK		

KPI 6: BLU Maturity Rating Score

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU *Maturity Rating*	RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance Maturity Rating* (BLUSmart) 9. *Result Based* • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. • Pada *result based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. B. *Process Based* • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing- masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. • Pada *process based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	Merujuk kepada Target Matrat RPJMN 2025-2029* *Terdapat di lampiran 3.

			• *Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing* • Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU		

KPI 6: BLU *Maturity Rating Score* mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021 dengan target yang telah disesuaikan

RUMAH SAKIT	*Baseline* (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUP Dr. Ben Mboi	-	-	-	-	Level 2	Level 2
RSUP Fatmawati	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Johannes Leimena	-	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	3.33	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Dr. Kariadi	4.18	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. M. Djamil	3.94	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Moh. Hoesin	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	3.48	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Persahabatan	3.77	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP dr. Rivai Abdullah	2.77	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	4.08	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP H. Adam Malik	3.72	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Hasan Sadikin	3.60	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sardjito	4.23	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sitanala	3.20	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3.68	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Surakarta	3.65	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3.16	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

RUMAH SAKIT	*Baseline* (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Mata Cicendo	3.35	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Mata Makassar	2.73	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Otak Drs.M. Hatta	3.43	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Anak Bunda Harapan Kita	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Marzoeki Mahdi	3.27	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soeharto Heerdjan	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soerojo	3.19	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Jantung Pembuluh Darah Harapan Kita	3.98	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Kanker Dharmais	3.64	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Ketergantungan Obat	3.49	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	3.69	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Paru Ario Wirawan	3.31	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3.71	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Paru Dr. Rotinsulu	3.40	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3.08	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

KPI 7: Bed Occupancy Rate (BOR)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	*Bed Occupancy Rate/ BOR*	*Bed Occupancy Rate* adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70%

KPI 8: Pengukuran Healthcare Associate Infection (HAIs)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
8	Memberikan pelayanan berkualitas	*Healthcare Associated Infections* (HAIs) *rates*	*Surveillance HAIs* merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi: A. CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*) B. VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*) C. CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU D. SSI (*Surgical Site Infection*) – dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau *Total Hip Replacement*), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara *) Sumber: Definisi Operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024	A: ∑ insiden CAUTI B: ∑ insiden VAP C: ∑ insiden CLABSI D: ∑ insiden SSI A: (jumlah kasus CAUTI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 catheter urinary-days B: (jumlah kasus VAP1÷ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 ventilator days C: (jumlah kasus CLABSI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 central-days D: (jumlah kasus SSI1 ÷ jumlah tindakan operasi) x 100 1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)	Tahun 1- Tahun 5: A: < 1.0 ‰ B: < 1.0 ‰ C: < 1.0 ‰ D: < 1.0 ‰

9. % standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya. Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: • Layanan Stroke • Layanan Kanker • Layanan Jantung • Layanan Uronefrologi • Layanan Kesehatan Ibu dan Anak • Layanan Respirasi • Layanan Diabetes Mellitus • Layanan Gastrohepatologi • Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi	% standar klinis yang tercapai = (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS) x 100%	Tahun 1 – Tahun 5: 80%

Evaluasi indikator klinis akan menggunakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan RSV sebagai berikut:

Inisiatif	Indikator		Target
Layanan Stroke	1	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	> 80%
	2	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	> 80%
	3	Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari	> 80%
	4	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	> 90%
Layanan Kanker	1	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%
	2	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dgn CP	> 80%
	3	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%
	4	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%
Layanan Jantung	1	"*Door to Balloon*" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%
	2	Terapi Fibrinolitik: "*door to needle*"≤30 menit pada pasien STEMI	> 80%
	3	Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%
	4	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%

Layanan Uronefrologi	1	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%
	2	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis pada Pasien PGTA yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%
	3	Pencapaian Pasien CAPD Dibandingkan Seluruh Pasien yang Menjalani Dialisis	> 3%
	4	*Stone Free Rate* Tindakan PCNL batu non-staghorn	> 80%
	5	*Stone Free Rate* Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%
	6	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%
Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	> 80%
	2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	> 90%
	3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	< 10%
	4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	<1%
Layanan Respirasi	1	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%
	2	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%
	3	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%
	4	Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%
Layanan Diabetes Mellitus	1	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C	↑ 20%

	2	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	↑ 20%
	3	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	↑ 20%
	4	Skrining Komplikasi Mikrovaskular	↑ 50%
	5	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM	↑ 20%
	6	Peningkatan >20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak & remaja	↑ 20%
	7	Peningkatan >20% proporsi anak & remaja dgn diabetes yg melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	↑ 20%
	8	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	< 20%
	9	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %	< 5 %
Layanan Gastrohepatologi	1	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	> 20%
	2	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami *early rebleeding* (24 jam) paska endoskopi hemostatik	> 80%
	3	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	> 80%
Layanan Kesehatan Jiwa	1	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia	> 60%
	2	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	> 70%

	3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis *Safewards* dan WHO-*Quality Right*	> 80%
	4	Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis *Safewards* dan WHO-*Quality Right*	> 80%
Layanan PINERE	1	Kecepatan penanganan gawat darurat (*Emergency Respond Time) Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) <15 menit	> 80%
	2	Pelayanan Pasien Difteri Sesuai dengan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)	> 80%
Layanan Mata	1	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	< 1,2%
	2	Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	< 1%
	3	Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	>80%
Layanan Ortopedi	1	Pasien fraktur terbuka dengan *emergency respond time* 2 < 120 menit	> 60%
	2	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	< 2%
	3	Waktu tunggu operasi urgen	> 80%

KPI 10: Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	• Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). • Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. • Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokkan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022	(Pendapatan non-JKN ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	**Tahun 1** Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 2** Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 3** Cluster 1: 50% Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 4** Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 5** Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: 50%

KPI 11: Pengukuran skor tingkat kepuasan pegawai

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
11	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit. Unsur Survei Kepuasan Pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu: • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan	Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/ (Jumlah Unsur) Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan* 25 Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1 – Tahun 3: Puas Tahun 4 – Tahun 5: Sangat Puas

			tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.		

KPI 12: Pengukuran *Training Effectiveness No.* (TEI)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	*Training Effectiveness Index* (TEI)	*Training Effectiveness Index* (TEI) • Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) • Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit • Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan	TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit	Tahun 1: 70% Tahun 2: 73.75% Tahun 3: 77.5% Tahun 4: 81.25% Tahun 5: 85%

Analisa dan Mitigasi Risiko

Penilaian risiko adalah proses menemukan, mengenal, dan mendeskripsikan risiko. Bagian ini menjelaskan Analisa Risiko yang akan dihadapi, sesuai dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah, dimana setiap instansi pemerintah wajib melakukan penilaian risiko yang terdiri dari Identifikasi Risiko dan Analisis Risiko dan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam penilaian risiko tersebut pimpinan instansi wajib menetapkan tujuan instansi pemerintah dan tujuan pada tingkatan kegiatan dalam mewujudkan berbagai sasaran strategis untuk merealisasikan Visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pada kurun waktu tahun 2025 - 2029 dan menjelaskan bahwa semua risiko yang mungkin berpotensi timbul dan menjadi faktor yang dapat menghambat realisasi / visi rumah sakit telah disusun secara cermat dalam Register Risiko Rumah Sakit dan telah dilakukan assesmen risiko yang menentukan mitigasi yang harus diambil oleh manajemen RSST agar tidak terjadi hal yang berpotensi menghalangi tercapainya sasaran strategis tersebut.



Pengelolaan risiko pada Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ini telah menggambarkan perspektif yang lebih strategis dengan proyeksi yang lebih visioner. Dan secara umum teknik yang diterapkan menggunakan alat analisa yang lebih simpel, serta mudah dipahami yaitu menggunakan *assesment tool* RMG (*Risk Matrix Grading*). Dimana teknik ini merupakan alat analisis untuk memetakan risiko yang dihadapi terhadap probabilitas dan dampak yang mungkin timbul, mudah digunakan dan dimengerti, mempunyai deskripsi detail dan definitive, serta menerangkan bagaimana risiko dapat dimitigasi pada tingkat yang bisa ditolerir.

a) Identifikasi Risiko

- **Kategori Risiko**

Tabel

Kategori Risiko

Kategori Risiko	Definisi
Risiko Keuangan	Risiko yang disebabkan oleh segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja organisasi
Risiko Kebijakan	Risiko yang disebabkan oleh adanya penetapan kebijakan organisasi baik internal maupun eksternal yang berdampak langsung terhadap organisasi
Risiko Kepatuhan	Risiko yang disebabkan oleh organisasi atau pihak eksternal tidak mematuhi dan atau tidak melaksanakan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku
Risiko Legal	Risiko yag disebabkan oleh adanya tuntutan hukum kepada organisasi
Risiko Fraud	Risiko yang disebabkan oleh kecurangan yang disengaja oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara
Risiko Reputasi	Risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan publik/masyarakat yang bersumber dari persepsi negatif organisasi
Risiko Operasional	Risiko yang disebabkan oleh : a. Ketidakcukupan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia dan kegagaln sistem b. Adanya kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional organisasi

Kategori Risiko sangat penting dalam menjamin identifikasi Risiko yang komprehensif dan pengikhtisaran atau pelaporan Risiko. Kategori Risiko disusun sesuai dengan kondisi lingkungan di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro. Kategori Risiko minimal di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro adalah sebagaimana tabel berikut:

- **Kategori Dampak**

Kategori dampak sangat penting dalam menjamin identifikasi risiko yang komprehensif dan pengikhtisaran atau pelaporan risiko. Kategori dampak disusun sesuai dengan kondisi lingkungan organisasi. Kategori dampak minimal di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro adalah sebagaimana tabel berikut:

Tabel

Kategori Dampak

1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

- **Selera Risiko**

Selera Risiko merupakan kebijakan yang menjadi acuan dalam menentukan apakah suatu Risiko perlu ditangani atau tidak. Selera Risiko mencerminkan bagaimana organisasi menyeimbangkan efisiensi, pertumbuhan, hasil, dan risiko.

Tabel

Identifikasi Risiko berdasarkan Sasaran Srategis

NO	SASARAN STRATEGIS	RISIKO
A. PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		
1	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	a) Ketidaksesuaian pelaksanaan pelatihan dengan kebutuhan program pengembangan.
		b) Pelaksanaan rekruitmen karyawan yang tidak sesuai dengan ketentuan
		c) Rendahnya kesadaran karyawan dalam budaya organisasi / budaya kerja “6S”
		d) Kurang optimalnya budaya inovasi, kreasi, prestasi kinerja staf.
		e) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya Rumah Sakit Heritage
		f) Kurang optimalnya alokasi pemeliharaan sarana dan bangunan yang bernilai sejarah.
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL		
2	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	a) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya smart and intelligent hospital
		b) Keamanan sistem, akurasi data, dan validitas data yang lemah
		c) Kemampuan karyawan terhadap IT belum merata
		d) Belum maksimalnya pemanfaatan prasarana IT yang ada
		e) Belum masuknya perencanaan anggaran terkait pengembangan sistem manajemen kesehatan yang berbasis IT dan revolusi industri.
3	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	a) Tidak lengkapnya prosedur standar yang diterapkan di RSST.
		b) Kebijakan yang ada kurang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
		c) Kurangnya kepatuhan terhadap regulasi /peraturan
4	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	a) Budaya kerja inefisien tidak berubah (*cost containment* / tidak ada pengendalian biaya).
		b) Kurangnya sosialisasi kepada semua karyawan atas proses bisnis rumah sakit *sebagai green Hospital*.
5	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	a) Tidak tercapainya target capaian indikator mutu dan keselamatan pasien.
		b) Belum lengkapnya standar capaian indikator mutu dan keselamatan pasien

NO	SASARAN STRATEGIS	RISIKO
6	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	a) Kurang optimalnya promosi terkait layanan unggulan di RS.
		b) Belum terpenuhinya pelayanan standar untuk RS Pendidikan Kelas A.
C. PERSPEKTIF KONSUMEN		
7	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	a) Timbulnya Komplain dari pelanggan eksternal dan internal yang merasa kurang puas dalam mendapatkan pelayanan.
		b) Menurunnya tingkat kepercayaan Pelanggan pada kualitas pelayanan RS
8	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	Tidak tercapainya indikator klinis karena kurangnya monitoring dan evaluasi untuk layanan penyakit prioritas
9	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Kurangnya sumber daya yang dimiliki dalam pengembangan RS Pendidikan Utama Kelas A
D. PERSPEKTIF FINANSIAL		
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	a) Lemahnya pengendalian internal pada pengelolaan keuangan RS
		b) Kurang optimalnya upaya pengembangan pelayanan di RS.
		c) Kurang maksimalnya sosialisasi dan pengelolaan layanan unggulan RS.
		d) Rendahnya komitmen SDM untuk meraih opini WTP.

b) Penilaian Tingkat / Analisis Risiko

Bagian ini menjelaskan pengukuran tingkat risiko dengan memperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis risiko dan estimasi besar dalam dampak risiko yang ditimbulkan bila risiko terjadi bagi sasaran strategis rumah sakit. Penilaian Risiko terdiri atas :

a) identifikasi Risiko;
b) analisis Risiko; dan
c) evaluasi Risiko

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

Tingkat Risiko sebagaimana dimaksud dirumuskan dengan ditandai warna sebagai berikut:

a. Risiko sangat rendah dengan warna hijau;
b. Risiko rendah dengan warna biru;
c. Risiko sedang dengan warna kuning;
d. Risiko tinggi dengan warna orange; dan
e. Risiko sangat tinggi dengan warna merah.

Tabel

Matrik Penilaian Tingkat/Analisis Risiko

MATRIK ANALISIS RISIKO	DAMPAK RISIKO (CONSEQUENCE)				
	1	2	3	4	5
Deskripsi	Sangat rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat tinggi
Hampir pasti terjadi	5	10	15	20	25
Sering terjadi	4	8	12	16	20
Mungkin terjadi	3	6	9	12	15
Jarang terjadi	2	4	6	8	10
Hampir tidak terjadi	1	2	3	4	5

Tabel

Penentuan Tingkat Risiko

NO	SASARAN STRATEGIS	RESIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING
A. PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN						
1	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	a) Ketidaksesuaian pelaksanaan pelatihan dengan kebutuhan program pengembangan.	5	3	15	Sangat Tinggi
		b) Pelaksanaan rekruitmen karyawan yang tidak sesuai dengan ketentuan	2	3	6	Sedang
		c) Rendahnya kesadaran karyawan dalam budaya organisasi / budaya kerja “6S”	3	4	12	Tinggi
		d) Kurang optimalnya budaya inovasi, kreasi, prestasi kinerja staf.	3	3	9	Sedang
		e) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya Rumah Sakit Heritage	3	3	9	Sedang
		f) Kurang optimalnya alokasi pemeliharaan sarana dan bangunan yang bernilai sejarah.	3	5	15	Sangat tinggi
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL						
2	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	a) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya *smart and intelligent hospital*	3	4	12	Tinggi
		b) Keamanan sistem, akurasi data, dan validitas data yang lemah	2	3	6	Sedang
		c) Kemampuan karyawan terhadap IT belum merata	3	3	9	Sedang
		d) Belum maksimalnya pemanfaatan prasarana IT yang ada	2	3	6	Sedang
		e) Belum masuknya perencanaan anggaran terkait pengembangan sistem manajemen kesehatan yang berbasis IT dan revolusi industri.	2	3	6	Sedang
3	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	a) Tidak lengkapnya prosedur standar yang diterapkan di RSST.	3	3	9	Sedang
		b) Kebijakan yang ada kurang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat.	3	4	12	Tinggi
		c) Kurangnya kepatuhan terhadap regulasi /peraturan	3	2	6	Sedang

Tabel

Potensial Penyebab dan Dampak

NO	SASARAN STRATEGIS	RESIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING
4	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	a) Budaya kerja inefisien tidak berubah (*cost containment* / tidak ada pengendalian biaya).	3	3	9	Sedang
		b) Kurangnya sosialisasi kepada semua karyawan atas proses bisnis rumah sakit *sebagai green Hospital*.	3	3	9	Sedang
5	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	a) Tidak tercapainya target capaian indikator mutu dan keselamatan pasien.	3	4	12	Tinggi
		b) Belum lengkapnya standar capaian indikator mutu dan keselamatan pasien	3	3	9	Sedang
6	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	a) Kurang optimalnya promosi terkait layanan unggulan di RS.	2	3	6	Sedang
		b) Belum terpenuhinya pelayanan standar untuk RS Pendidikan Kelas A.	3	3	9	Sedang
C. PERSPEKTIF KONSUMEN						
7	**Terwujudnya layanan terbaik level Asia**	a) Timbulnya Komplain dari pelanggan eksternal dan internal yang merasa kurang puas dalam mendapatkan pelayanan.	3	4	12	Tinggi
		b) Menurunnya tingkat kepercayaan pelanggan pada kualitas pelayanan RS	3	3	9	Sedang
8	**Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas**	Tidak tercapainya indikator klinis karena kurangnya monitoring dan evaluasi untuk layanan penyakit prioritas	3	3	9	Sedang
9	**Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan**	Kurangnya sumber daya yang dimiliki dalam pengembangan RS Pendidikan Utama Kelas A	3	4	12	Tinggi
D. PERSPEKTIF FINANSIAL						
10	**Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal**	a) Lemahnya pengendalian internal pada pengelolaan keuangan RS	3	5	15	Sangat tinggi
		b) Kurang optimalnya upaya pengembangan pelayanan di RS.	3	3	9	Sedang
		c) Kurang maksimalnya sosialisasi dan pengelolaan layanan unggulan RS.	3	2	6	Sedang
		d) Rendahnya komitmen SDM untuk meraih opini WTP.	2	4	8	Sedang

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

Tabel 26

Peta Risiko Sasaran Strategis

KEMUNGKINAN (Likehihood)	DAMPAK RISIKO (CONSEQUENCES)				
	1	2	3	4	5
Deskripsi	Sangat rendah	Rendah	Sedang	Tinggi	Sangat tinggi
Hampir pasti terjadi			**(A1a)**		
Sering terjadi					
Mungkin terjadi		**(B3c) (D10c)**	**(A1d) (A1e) (B2c) (B3a) (B4a) (B4b) (B5b) (B6b) (C7b) (C8) (D10b)**	**(A1c) (B2a) (B3b) (B5a) (C7a) (C9)**	**(A1f) (D10a)**
Jarang terjadi			**(A1b) (B2b) (B2d) (B2e) (B6a)**	**(D10d)**	
Hampir tidak terjadi					

Keterangan:

Warna	Deskripsi Status Risiko	Level	Level Dinilai Dari Status Risiko
	Sangat Tinggi	5	> 15
	Tinggi	4	10 – 14
	Sedang	3	5 – 9
	Rendah	2	3 – 4
	Sangat Rendah	1	1 – 2

c) Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko didefinisikan berdasarkan tahap sebelumnya. Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan rumah sakit untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang kemungkinan terjadi dan berpotensi mengganggu tercapainya sasaran strategis rumah sakit.

Tabel berikut di bawah ini menyajikan sasaran strategis, risiko, dan rencana mitigasinya, khususnya untuk menangani resiko yang berstatus atau ekstrim tinggi.

Tabel 27

Penentuan Rencana Mitigasi Resiko

NO.	SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING	RENCANA MITIGASI RISIKO	PENANGGUNG JAWAB
A	**PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN**							
1	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	a) Ketidaksesuaian pelaksanaan Pelatihan dengan kebutuhan program pengembangan	5	3	15	Sangat tinggi	Menyusun TNA *(Traning Need Analisys)* RS Memasukkan program pelatihan pada perencanaan anggaran RS Pengembangan SDM terutama terkait dengan peningkatan kinerja	DIT. MK DIT. SPP DIT. PKLO
		b) Pelaksanaan rekruitmen karyawan yang tidak sesuai dengan ketentuan	2	3	6	Sedang	Dibuatnya kebijakan rekruitmen yang transparan dan akuntabel	Direktorat SPP
		c) Rendahnya Kesadaran karyawan dalam budaya organisasi / budaya kerja “6S”	3	4	12	Tinggi	Pelatihan *servis exellence* secara berkesinambungan .	Direktorat SPP

NO.	SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING	RENCANA MITIGASI RISIKO	PENANGGUNG JAWAB
		d) Kurang optimalnya budaya inovasi, kreasi, prestasi Kinerja staf	3	3	9	Sedang	Perencanaan *Capacity Building* untuk karyawan secara berkesinambungan.	Direktorat SPP
		a) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya Rumah Sakit Heritage	3	3	9	Sedang	Meningkatkan kualitas perencanaan terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya rs *heritage*	Direktorat PKLO
		b) Kurang optimalnya alokasi pemeliharaan sarana dan bangunan yang bernilai sejarah	3	5	15	Sangat tinggi	Meningkatkan alokasi pemeliharaan sarana dan bangunan yang bernilai sejarah	Direktorat PKLO
B	**PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL**							
2	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	a) Kurangnya perencanaan yang optimal terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung terealisasinya *smart and intelligent hospital*	3	4	12	Tinggi	Perencanaan regulasi terkait dengan SIMRS yang terintegrasi	Instalasi SIMRS
		b) Keamanan sistem , akurasi data, dan validitas data yang lemah	2	3	6	Sedang	Pengusulan pelatihan terkait IT bagi karyawan sesuai pengembangan program	Instalasi SIMRS
							Perencanaan pelatihan kemampuan karyawan terhadap IT	Direktorat SPP
		c) Kemampuan karyawan terhadap IT belum merata	3	3	9	Sedang	Meningkatkan kemampuan SDM dalam memaksimalkan pemanfaatan sarana RS.	Direktorat SPP
		d) Belum maksimalnya pemanfaatkan sarana yang ada	2	3	6	Sedang	Penyederhanaan birokrasi dengan memanfaatkan IT.	Direktur MK
		e) Belum masuknya perencanaan anggaran terkait pengembangan system manajemen kesehatan yang berbasis IT dan revolusi industri	2	3	6	Sedang	Mengalokasikan anggaran terkait pengembangan system manajemen kesehatan yang berbasis IT dan revolusi industri	Direktorat PKLO

NO.	SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING	RENCANA MITIGASI RISIKO	PENANGGUNG JAWAB
3	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	a) Tidak lengkapnya prosedur standar yang diterapkan di RSST.	3	3	9	Sedang	Melengkapi prosedur standar yang diterapkan di RSST	Direktorat SPP
		b) Kebijakan yang ada kurang berorientasi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat.	3	4	12	Tinggi		
		c) Kurangnya kepatuhan terhadap regulasi / peraturan	3	2	6	Sedang	Sosialisasi peningkatan kepatuhan terhadap regulasi / peraturan	Direktorat SPP
4	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	a) Budaya kerja inefisien tidak berubah (*cost containment* / tidak ada pengendalian biaya)	3	3	9	Sedang		DIT. MKDIT. SPPDIT. PKLO
		b) Kurangnya sosialisasi kepada semua karyawan atas proses bisnis rumah sakit *heritage* yang bernilai sejarah dan sebagai *Green Hospital*	3	3	9	Sedang		
5	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	a) Tidak tercapainya target capaian indikator mutu dan keselamatan pasien	3	4	12	Tinggi	Peningkatan capaian indikator mutu dan keselamatan pasien	Bagian Diklit dan Bidang Jangsar
		b) Belum lengkapnya standar capaian indikator mutu dan keselamatan pasien	3	3	9	Sedang	Melengkapi standar capaian indikator mutu dan keselamatan pasien	Bagian Diklit dan Pembimbing
6	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan	a) Kurang optimalnya promosi terkait layanan unggulan di RS	2	3	6	Sedang	Perencanaan peningkatkan publikasi dan informasi kepada masyarakat	Humas
		b) Belum terpenuhinya pelayanan standar untuk RS Pendidikan Kelas A	3	3	9	Sedang	Perencanaan kelengkapan pelayanan standar untuk RS pendidikan kelas A	Bagian Diklat

NO.	SASARAN STRATEGIS	RISIKO	KEMUNGKINAN RISIKO TERJADI	DAMPAK RISIKO	TINGKAT RISIKO	GRADING	RENCANA MITIGASI RISIKO	PENANGGUNG JAWAB
C	**PERSPEKTIF KONSUMEN**							
7	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	a) Timbulnya Komplain dari pelanggan eksternal yang merasa kurang puas dalam mendapatkan pelayanan.	3	4	12	Tinggi		DIT.PMKP, DIT.SPU, DIT.PKB
		b) Menurunnya tingkat kepercayaan Pelanggan pada kualitas pelayanan RS	3	3	9	Sedang		DIT.PMKP
8	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	Tidak tercapainya indikator klinis karena kurangnya monitoring dan evaluasi untuk layanan penyakit prioritas	3	3	9	Sedang		
9	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Kurangnya sumberdaya yang dimiliki dalam pengembangan RS Pendidikan Utama Kelas A	3	4	12	Tinggi	Perencanaan kelengkapan sumberdaya yang dibutuhkan dalam pengembangan RS pendidikan utama kelas A	Bagian PPAE
D. PERSPEKTIF FINANSIAL								
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	a) Lemahnya pengendalian internal pada pengelolaan keuangan RS	3	5	15	Sangat tinggi	Pencapaian opini WTP pada semua satker	DIT.PMKP, DIT.SPU, DIT.PKB
							Penetapan pakta integritas dari semua karyawan dalam pencapaian opini WTP	
							Pencapaian opini WTP dituangkan pada SKP setiap karyawan	
		b) Kurang optimalnya upaya pengembangan pelayanan di RS	3	3	9	Sedang	Peningkatan pengembangan pelayanan di RS	Direktorat PMKP
		c) Kurang maksimalnya sosialisasi dan pengelolaan layanan unggulan RS	3	2	6	Sedang	Peningkatan sosialisasi dan pengelolaan layanan unggulan RS	HUMAS
		d) Rendahnya komitmen SDM untuk meraih opini WTP	2	4	8	Sedang	Peningkatan komitmen SDM untuk meraih opini WTP	Direktorat SPU

Setelah dilakukan mitigasi risiko atas semua sasaran strategis dalam upaya merealisasikan visi dan misi rumah sakit selama kurun waktu tahun 2025 - 2029, dapat dipetakan risiko-risiko yang masuk kategori risiko ekstrim, risiko tinggi dan risiko moderat. Dari 10 (Sepuluh) sasaran strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro teridentifikasi 28 (dua puluh delapan) risiko.

Adapun dari 28 risiko tersebut telah diklasifikasikan ke dalam kategori risiko yaitu :

1. Risiko Sedang sebanyak 19 risiko
2. Risiko Tinggi sebanyak 6 risiko
3. Risiko Sangat Tinggi sebanyak 3 risiko

Berdasarkan data-data risiko diatas dan mengingat banyak risiko yang masuk kategori ekstrim maka RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro agar segera merealisasikan dan mengimplementasikan rencana mitigasi risiko yang telah disusun berdasarkan kategori risiko tersebut.

Dengan demikian upaya rumah sakit dalam mewujudkan visi dan misi selama kurun waktu tahun 2025 – 2029 bisa terwujud tanpa mendapat hambatan-hambatan yang berarti.