



**Kementerian Kesehatan RI
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
RSUP dr Soeradji Tirtonegoro**



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2016



Jl KRT. Dr. Soeradji Tirtonegoro, No.1 Klaten Jawa Tengah
Telp. (0272) 321020 (4 saluran hunting / hunting system) Fax. (0272) 321104
Email : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
Website : www.rsupsoeradjitirtonegoro.co.id

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur pada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah mencurahkan rahmat dan nikmat Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2016 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan selama tahun 2016. Sesuai Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja dan Permenkes No.2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja di Lingkungan Departemen Kesehatan, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai bentuk pertanggungjawaban capaian kinerja RSUP dr Soeradji.

Secara keseluruhan program kerja tahun 2016 sesuai RSB 2015-2019 telah dilaksanakan dengan baik. Meskipun demikian, kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang, sehingga dapat mewujudkan visi, misi tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2016. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Klaten, Januari 2017
Direktur Utama,

Dr. Aida Lienawati M. Kes. (MMR)
NIP. 195804301989032001

BAB I PENDAHULUAN

A. Gambaran Umum Organisasi

Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten didirikan pada tanggal 20 Desember 1927 oleh perkebunan-perkebunan (onderneming) Hindia Belanda dengan nama Dr. Scheurer Hospital dan dikelola oleh Zending. Dalam perkembangannya Rumah sakit ini mengalami beberapa perubahan status. Yaitu pada tahun 1992 menjadi Rumah Sakit Unit Swadana dengan syarat, (SK MenKes No. 746/Menkes/SK/1992). Kemudian Tahun 1993 menjadi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dari kelas C menjadi kelas B non Pendidikan (1168/MenKes/SK/XII/1993). Tahun 2001 dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 934/Menkes/IX/2001 tanggal 5 September 2001, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten disetujui sebagai Rumah Sakit Pendidikan untuk FK-UGM dan dijadikan sebagai Laboratorium Pusat Pengembangan Pelayanan Medik Dasar Esensial. Tahun 2007 berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor: 273/KMK.05/2007 tanggal 21 Juni 2007 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 756/MenKes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 menetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai Rumah Sakit Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 257/Menkes/Pers/III/2008 tanggal 11 Maret 2008 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No.046/Menkes/Per/I/2007 tentang Organisasi & Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara 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.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja Tahun 2016

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

Sasaran dan target kinerja yang dimaksud sesuai dengan yang tertuang dalam dokumen RSB periode tahun 2015-2019 yang setiap tahunnya dibuat suatu perjanjian kinerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Perjanjian kinerja dalam RSB tahun 2015-2019 digunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, baik dari segi masukan (input), proses, keluaran (output) dan hasil (outcomes). Keberhasilan/kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan dengan target yang telah disusun secara periodik dalam rangka mencapai visi dan misi organisasi secara terukur dipertanggungjawabkan dalam laporan akuntabilitas kinerja.

B. Perjanjian Kinerja

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

diperjanjikan juga mencakup outcomes yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2016 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Perjanjian Kinerja RSUP dr. Soeradji Tahun 2016

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target
	PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		26		
1	Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase kompetensi tenaga medis	4	%	≥92
		Prosentase kompetensi tenaga perawat	4	%	≥97
		Prosentase kompetensi tenaga kesehatan lainnya	4	%	≥88
		Prosentase kompetensi tenaga non medis	3	%	≥88
2	Terbentuknya budaya kinerja	Rata-rata Hasil Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai	4	%	≥78
3	Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi	Tingkat Kematangan IT	4	Level	1
4	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai	Tingkat Keandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	3	%	≤80
5	Terwujudnya tatakelola RS yang transparan akuntabel dan auditabel	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	2	skor	≥80.2
		Opini Laporan Keuangan	3	skor	WTP (1)

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target
	PROSES BISNIS INTERNAL		48		
6	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit	Prosentase IKU tiap direktorat yang tercapai	3	%	92
7	Terwujudnya sistem rujukan	Tingkat ketepatan rujukan	3	%	82
8	Terwujudnya kemitraan rumah sakit	Prosentase PKS kemitraan pelayanan aktif	2	%	100
		Prosentase PKS/Kerjasama Operasional (KSO) Aktif	2	%	100
		Prosentase PKS Kemitraan pendidikan aktif	2	%	100
		Prosentase PKS kemitraan penelitian aktif	2	%	100
9	Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna	Pertumbuhan kunjungan Lansia di rumah sakit	5	%	2
		Tingkat Layanan Geriatri	5	skor	2
10	Terbentuknya sistem Integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam Academic Health Science System (AHSS)	Prosentase visitasi program dokter umum dan pendidikan tenaga kesehatan lain dari FK UGM	2	%	85
		Prosentase rapat koordinasi Tim Integrasi AHS	2	%	85
11	Terbentuknya RS Kelas A	Prosentase pemenuhan pemberi layanan Subspesialis sesuai standar RS kelas A	5	%	100

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target
12	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Prosentase Kepatuhan pelaksanaan Clinical Pathway (CP)	3	Level	2
		Rasio Perseptor dengan Peserta Didik	2	skor	4
		Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional	2	%	10
		Tingkat Pemenuhan Supervisi Tim Rotasi Klinik Institusi Pendidikan	3	%	100
	STAKEHOLDERS		18		
13	Terwujudnya kepuasan stakeholder	Prosentase Kepuasan Pasien	4	Skor	3
		Prosentase Kepuasan Peserta Didik	4	skor	3
		Prosentase Kepuasan Pemilik RSST melalui pencapaian indikator kinerja RSST	3	skor	3
		Prosentase Kepuasan Pegawai	3	skor	3
		Komplain yang ditindaklanjuti	4	skor	100
	KEUANGAN		8		
14	Meningkatkan pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional	8	%	75
	Jumlah		100		

Jumlah pagu anggaran dalam kontrak kinerja tahun 2016 sebesar Rp 274.320.791.000,- . Kemudian selama tahun berjalan ada penambahan dari APBN dan penggunaan saldo awal sebesar Rp 99.064.521.000,- sehingga pagu terakhir menjadi Rp 373.385.312.000,-

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

Tahun 2016 merupakan tahun kedua dari perencanaan jangka menengah, dimana RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode 2015 – 2019 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja secara terperinci diuraikan untuk tiap-tiap indikator pada masing-masing sasarannya yang telah ditetapkan pada Rencana Strategi Bisnis sebagai berikut :

Tabel 2. Rekapitulasi Capaian IKU 2015 dan 2016 dibandingkan dengan Target 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target 2019	2015		2016	
						Target	Capaian	Target	Capaian
Pertumbuhan dan Pembelajaran			26						
1	Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase kompetensi tenaga medis	4	%	100	90	100	92	100
		Prosentase kompetensi tenaga perawat	4	%	100	97	97.09	97	98.95
		Prosentase kompetensi tenaga kesehatan lainnya	4	%	100	85	88	88	93.44
		Prosentase kompetensi tenaga non medis	3	%	100	85	82.73	88	86
2	Terbentuknya budaya kinerja	Rata-rata Hasil Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai	4	%	≥84	≥76	76	≥78	84.2
3	Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi	Tingkat Kematangan IT	4	Level	3	1	1	1	1
4	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai	Tingkat Keandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	3	%	≤100	≤75	74.72	≤80	99
Proses Bisnis Internal			48						
5	Terwujudnya tatkelola RS yang transparan, akuntabel dan	Tingkat Implementasi tatakelola yang baik	2	skor	≥ 80.5	≥ 80.1	85.3	≥ 80.2	91.54
		Opini Laporan Keuangan	3	skor	WTP (1)	WTP (1)	WTP (1)	WTP (1)	WTP (1)
6	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi dalam proses bisnis RS	Prosentase IKU tiap direktorat yang tercapai	3	%	95	91	109.81	92	104.4
7	Terwujudnya sistem rujukan	Tingkat ketepatan rujukan	3	%	88	80	93.34	82	93.39
8	Terwujudnya kemitraan rumah sakit	Prosentase PKS kemitraan pelayanan aktif	2	%	100	100	95	100	100
		Prosentase PKS/ Kerjasama Operasional (KSO) Aktif	2	%	100	100	98	100	100
		Prosentase PKS Kemitraan pendidikan aktif	2	%	100	100	91.3	100	100
		Prosentase PKS kemitraan penelitian aktif	2	%	100	100	100	100	100
9	Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna	Pertumbuhan kunjungan Lansia di rumah sakit	5	%	4	2	8.79	2	108.12
		Tingkat Layanan Geriatri	5	skor	4	2	level 2	2	level 2

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target 2019	2015		2016	
						Target	Capaian	Target	Capaian
10	Terbentuknya sistem Integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam Academic Health Science System (AHSS)	Prosentase visitasi program dokter umum dan pendidikan tenaga kesehatan lain dari FK UGM	2	%	100	80	100	85	100
		Prosentase rapat koordinasi Tim Integrasi AHS	2	%	100	80	108.33	85	100
11	Terbentuknya RS Kelas A	Prosentase pemenuhan pemberi layanan Sub spesialis sesuai standar RS kelas A	5	%	100	100	84.6	100	57.00
12	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Prosentase Kepatuhan pelaksanaan Clinical Pathway (CP)	3	Level	Level 4	Level 2	Level 4	Level 2	Level 4
		Rasio Perseptor dengan peserta didik	2	skor	4	4	4	4	4
		Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional	2	%	10	10	166	10	200
		Tingkat Pemenuhan Supervisi Tim Rotasi Klinik Institusi Pendidikan	3	%	100	100	100	100	100
Stakeholders			18						
13	Terwujudnya Kepuasan Stakeholders	Prosentase Kepuasan Pasien	4	skor	3	3	3	3	3
		Prosentase Kepuasan Peserta Didik	4	skor	3	3	4	3	3
		Prosentase Kepuasan Pemilik RSST melalui pencapaian indikator	3	skor	3	3	3	3	3
		Prosentase Kepuasan Pegawai	3	skor	3	3	3	3	3
		Komplain yang ditindak lanjuti	4	skor	100	100	100	100	100
Keuangan			8						
14	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan terhadap biaya operasional	8	%	75	75	87.66	75	85.03
Jumlah			100						

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan

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

Tabel 21: Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Bobot	Satuan	Target 2019	2016			Ket
						Target	Capaian	%	
	Pertumbuhan dan Pembelajaran		26						
1	Terealisasinya SDM yang berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase kompetensi tenaga medis	4	%	100	92	100	108.70	Tercapai
		Prosentase kompetensi tenaga perawat	4	%	100	97	98.95	102.01	Tercapai
		Prosentase kompetensi tenaga kesehatan lainnya	4	%	100	88	93.44	106.18	Tercapai
		Prosentase kompetensi tenaga non medis	3	%	100	88	86	97.73	Belum Tercapai
2	Terbentuknya budaya kinerja	Rata-rata Hasil Penilaian Sasaran Kinerja Pegawai	4	%	≥84	≥78	84.2	107.95	Tercapai
3	Terealisasinya sistem informasi management regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi	Tingkat Kematangan IT	4	Level	3	1	1	100.00	Tercapai
4	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai	Tingkat Keandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	3	%	≤100	≤80	99	123.75	Tercapai

NO	Sasaran	Indikator Kinerja	Bo bot	Sa tu an	Target 2019	2016			Ket
						Target	Capaian	%	
	Proses Bisnis Internal		48						
5	Terwujudnya tatakelola RS yang transparan akuntabel dan auditabel	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	2	Skor	≥80.5	≥80.2	91.54	114.14	Tercapai
		Opini Laporan Keuangan	3	Skor	WTP (1)	WTP (1)	WTP (1)	100.00	Tercapai
6	Terwujudnya efektivitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit	Prosentase IKU tiap direktorat yang tercapai	3	%	95	92	104.40	113.47	Tercapai
7	Terwujudnya sistem rujukan	Tingkat ketepatan rujukan	3	%	88	82	93.39	113.89	Tercapai
8	Terwujudnya kemitraan rumah sakit	Prosentase PKS kemitraan pelayanan aktif	2	%	100	100	100	100.00	Tercapai
		Prosentase PKS/ Kerjasama Operasional (KSO) Aktif	2	%	100	100	100	100.00	Tercapai
		Prosentase PKS Kemitraan pendidikan aktif	2	%	100	100	100	100.00	Tercapai
		Prosentase PKS kemitraan penelitian aktif	2	%	100	100	100	100.00	Tercapai
9	Terwujudnya layanan Geriatri Paripurna	Pertumbuhan kunjungan Lansia di rumah sakit	5	%	4	2	108.12	106.00	Tercapai
		Tingkat Layanan Geriatri	5	Skor	4	2	2	100.00	Tercapai
10	Terbentuknya sistem Integrasi program pelayanan, pendidikan, penelitian dalam Academic Health Science System (AHSS)	Prosentase visitasi program dokter umum dan pendidikan tenaga kesehatan lain dari FK UGM	2	%	100	85	100	117.65	Tercapai
		Prosentase rapat koordinasi Tim Integrasi AHS	2	%	100	85	100	117.65	Tercapai

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Bo bot	Sa tu an	Target 2019	2016			Ket
						Target	Capaian	%	
11	Terbentuknya RS Kelas A	Prosentase pemenuhan pemberi layanan Sub spesialis sesuai standar RS kelas A	5	%	100	100	57	57.00	Belum Tercapai
12	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Prosentase Kepatuhan pelaksanaan Clinical Pathway (CP)	3	Level	Level 4	Level 2	Level 4	200.00	Tercapai
		Rasio Perseptor dengan Peserta Didik	2	Skor	4	4	4	100.00	Tercapai
		Pertumbuhan Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional	2	%	10	10	200	181.82	Tercapai
		Tingkat Pemenuhan Supervisi Tim Rotasi Klinik Institusi Pendidikan	3	%	100	100	100	100.00	Tercapai
STAKEHOLDERS			18						
13	Terwujudnya kepuasan stakeholder	Prosentase Kepuasan Pasien	4	Skor	3	3	3	100.00	Tercapai
		Prosentase Kepuasan Peserta Didik	4	Skor	3	3	3	100.00	Tercapai
		Prosentase Kepuasan Pemilik RSST melalui pencapaian indikator kinerja RSST	3	Skor	3	3	3	100.00	Tercapai
		Prosentase Kepuasan Pegawai	3	Skor	3	3	3	100.00	Tercapai
		Komplain yang ditindaklanjuti	4	Skor	100	100	100	100.00	Tercapai
		KEUANGAN			8				
14	Meningkatkan pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan terhadap Biaya Operasional	8	%	75	75	85,03	113.37	Tercapai
Jumlah			100						

Dari 30 indikator diatas, tercapai 93,30% yaitu tercapai sebanyak 28 indikator dan ada 2 indikator (6,70%) belum tercapai. Indikator yang belum tercapai ditahun

2016 adalah sebagai berikut:

1. Prosentase kompetensi tenaga non medis belum tercapai karena:
 - Sebagian tenaga non medis masih berpendidikan setingkat SLTA
 - Semangat dan motivasi pegawai untuk melanjutkan pendidikan kurang
 - Kurangnya pelatihan yang terkait dengan tupoksi
 - Belum terpetakannya kebutuhan SDM berdasarkan ABK
2. Prosentase pemenuhan pemberi layanan subspecialis sesuai standar kelas A belum tercapai karena:
 - Keterbatasan sumber daya manusia, khususnya dokter sub spesialis.

Tabel 22.Rekapitulasi Capaian Indeks Kinerja Terpilih.

No	Indikator	Standar (%)	TW I			TW II			TW III			TW IV			Ket
			Target (%)	Haper (%)	Cn	Target (%)	Haper (%)	Cn	Target (%)	Haper (%)	Cn	Target (%)	Haper (%)	Cn	
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100	100	100,00	100,00	100	100,00	100,00	100	99,96	99,96	100	99,98	99,99	
2	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100	60	100,00	64,00	80	40,00	62,00	80	80,00	92,00	100	100,00	100,00	
3	Kepuasan Pelanggan	≥85	85			85	77,52	94,72	95			95	79,40	94,98	Per Smt
4	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional	96	96			96	85,76	112,68	98			98	85,03	112,37	Per Smt
5	Penerapan Keselamatan Operasi	70	70	66,50	85,00	80	100,00	107,00	90	100,00	102,67	100	100,00	100	
	Σ Cn			249,00				476,40			294,63			507,34	
	C			83,00				95,28			98,21			101,47	
	Konversi Cn			1				1,2			1,4			1,5	

Pada data capaian indikator kinerja terpilih diatas, sampai dengan akhir tahun 2016 dari 5 indikator ada 2 indikator yang belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu

1. Kepuasan Pelanggan

Target indikator kepuasan pelanggan RSUP dr Soeradji belum dapat tercapai dari semester I dan semester II, hal ini karena realisasi capaian kepuasan pelanggan RSUP dr Soeradji baru berkisar antara 70-82%, sehingga untuk mencapai target yang ditetapkan 85% pada semester I dan 95% pada semester II diperlukan kerjasama pihak internal rumah sakit agar kepuasan pelanggan RSUP dr Soeradji bisa meningkat sesuai target.

2. Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional

Target indikator rasio PNBP terhadap biaya operasional RSUP dr. Soeradji belum dapat tercapai dari semester I dan semester II karena target rasio ini terlalu tinggi. Rasio PNBP terhadap biaya operasional RSUP dr Soeradji berkisar antara 80-90%, sedangkan target yang ditetapkan 96% pada semester I dan 98 pada semester II.

Tabel 23. Rekapitulasi Capaian Kinerja IKI Direktur Utama

Kategori	No	Judul Indikator	Bobot	Capaian Tahun 2016		
				Haper	Nilai	Skor
Pelayanan Medis						
Kepatuhan terhadap Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	0,050	Ada 3 Cp yang diimplementasi direkam medik dan dievaluasi	60	3,00
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	0,050	90,67%	100	5,00
	3	Prosentase Kejadian Pasien Jatuh	0,050	0,01%	100	5,00
	4	Penerapan Keselamatan Operasi	0,050	91,62%	75	3,75
Pengendalian Infeksi di RS	5	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0,050	0,21%	100	5,00
	6	Ventilator Associated Pneunomia (VAP)	0,075	1,31%	100	7,50
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	0,050	100,00%	100	5,00
Capaian Indikator Medik	8	Waktu Lapor Hasil Test kritis Laboratorium	0,050	94,79%	75	3,75
	9	Kematian Pasien IGD	0,050	0,48%	100	5,00
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	0,080	99,99%	99,99	7,99
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	0,080	100,00%	100	8,00

Kategori	No	Judul Indikator	Bobot	Capaian Tahun 2016		
				Haper	Haper	Haper
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Response Time 2 (ERT 2)	0,020	84,02 menit	100	2,00
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	0,050	56,33 menit	100	5,00
	14	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	0,050	27,75 jam	100	5,00
	15	Waktu tunggu pelayanan Radiologi (WTPR)	0,050	43 menit	100	5,00
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	0,050	32,97 menit	75	3,75
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam Waktu 24 Jam (PRM)	0,020	86,66%	100	2,00
Pelayanan Keuangan						
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	0,10	85,03%	100	10,00
		Total Skor				91,74
		Nilai IKI				1,875

Dari 18 indikator IKI Dirut RSUP dr Soeradji Tirtonegoro, ada 4 indikator yang belum mencapai nilai optimal adalah sebagai berikut:

1. Kepatuhan terhadap clinical pathway
2. Penerapan Keselamatan Operasi
3. Waktu lapor hasil test kritis
4. Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi(WTOJ)

Belum dapat tercapainya nilai maksimal disebabkan beberapa kendala sebagai berikut:

1. Kepatuhan terhadap clinical pathway belum mencapai skor maksimal karena pada bulan Januari sampai dengan Juli tahun 2016 CP yang dievaluasi belum mencapai 5 CP.
2. Penerapan keselamatan operasi belum mencapai skor maksimal karena pada bulan Januari dan Februari tahun 2016 capaian belum mencapai target karena form isian keselamatan operasi pada bulan tersebut yang terisi lengkap baru form perawat, sedangkan form dokter bedah dan dokter anastesi belum terisi lengkap.

3. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium belum mencapai skor maksimal, hal ini disebabkan karena ketika ada hasil kritis dan akan diberitahukan keruangan untuk konfirmasi hasil, ruang sulit dihubungi (tidak ada yang mengangkat aipponnya)
4. Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi (WTOJ) belum mencapai skor maksimal, hal ini disebabkan karena kurangnya koordinasi antara farmasi dengan penerima resep atau adanya kekosongan obat digudang sehingga membuat waktu tunggu melebihi standar. Mulai bulan Oktober sampai dengan Desember 2016 WTOJ sudah mencapai skor maksimal karena ada perbaikan prosedur dan koordinasi yang baik dari petugas farmasi.

Tabel 24. Rekapitulasi Capaian Kinerja BLU (Berdasarkan Perdirjen No. 34 Tahun 2014)

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Skor Maks	Hasil Perhitungan		Skor	
				Audited 2015	2016	Audited 2015	2016
I	Aspek Keuangan					17.00	17
	1. Rasio Keuangan	1) Rasio Kas (Cash Rasio)	2,00	268.26	266.44%	2.00	2.00
		2) Rasio Lancar (Current Rasio)	2.50	11.240,78%	7179.33%	2,50	2.50
		3) Periode Penagihan Piutang (Collection Period)	2,00	35.25 hari	60.57hr	1,50	0.5
		4) Perputaran Aset tetap (<i>Return on Asset</i>)	2,00	51,56%	50.57%	2,00	2.00
		5) Imbalan atas Aktiva Tetap	2,00	10,76%	9.34%	2,00	2.00
		6) Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2,00	11,58%	9.83%	2.00	2.00
		7) Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2,00	22,75 hari	20.61hr	1,00	1.00
		8) Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2.50	88,05%	85.03%	2,50	2.50
		9) Rasio Subsidi Biaya Pasien	2,00	9,22%	6.46%	1,50	2.00
	2. Tercapaiannya Kepatuhan Pengelolaan BLU	1) Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) definitive	2,00	Des-14	Des-14	2,00	2,00

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Skor Maks	Hasil Perhitungan		Skor	
				Audited 2015	2016	Audited 2015	2016
		2) Lap Keuangan berdasarkan SAK	2,00	tetap waktu	tetap waktu	2,00	2,00
		3) SP3B BLU	2,00	tetap waktu	tetap waktu	2,00	2,00
		4) Tarif layanan	1,00	Ditetapkan oleh Menkeu	Ditetapkan oleh Menkeu	1,00	1,00
		5) Sistem Akuntansi	1,00	blm ada akt biaya	lengkap	0,80	1,00
		6) Persetujuan Rekening	0,50	Sudah ada persetujuan	Sudah ada persetujuan	0,50	0,50
		7) SOP Pengelolaan Kas	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
		8) SOP Pengelolaan Piutang	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
		9) SOP Pengelolaan Piutang	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
		10) SOP Pengelolaan Utang	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
		11) SOP Pengelolaan barang dan jasa	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
		12) SOP Pengelolaan Barang Investaris	0,50	Sudah ada	Sudah ada	0,5	0,5
II	ASPEK PELAYANAN						
	I. Layanan						
	a. Tercapainya Pertumbuhan Produktivitas	1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2,00	0,97	1.31	1,25	2.00
		2) Pertumbuhan Rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2,00	0,90	1.01	1,00	1.50
		3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,00	0,87	1.00	0,50	1.50
		4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,00	0,94	1.13	1,00	2.00
		5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,00	1,07	0.96	1,50	1.25
		6) Pertumbuhan Operasi	2,00	1,10	1.140	2,00	2.00

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Skor Maks	Hasil Perhitungan		Skor	
				Audited 2015	2016	Audited 2015	2016
		7) Pertumbuhan Rehab Medik	2,00	1,20	1.37	2,00	2.00
		8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2,00	1,85	0.37	2,00	0
		9) Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	2,00	1,67	1.80	2,00	2.00
	b. Tercapai Efektivitas Pelayanan	1) Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2,00	50,39%	92.86%	1,25	2.00
		2) Pengembalian Rekam Medik	2,00	50,71%	94.99%	1,25	2.00
		3) Angka Pembatalan Operasi	2,00	3,83%	0.04%	0,50	2.00
		4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2,00	1,01%	1.63%	1,50	1.50
		5) Penulisan Resep Sesuai Formularium	2,00	93,49%	97.13%	2,00	2.00
		6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2,00	0,01%	0.56%	2,00	2.00
		7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2,00	73,32%	73.86%	2,00	2.00
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	1) Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1,00	1,80 jam	4.04 jam	1,00	1.00
		2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	1,00	100%	100%	1,00	1.00
		3) Program Reward and Punishment	1,00	Ada dilaksanakan	Ada dilaksanakan	1,00	1.00
2	a. Tercapai Mutu Pelayanan	1) Emergency Response Time Rate	2,00	3,45 menit	2.29 menit	2,00	2.00
		2) Waktu Tunggu Rawat Jalan	2,00	62.79 menit	58.62 menit	1,00	1.50
		3) Length of Stay	2,00	4.37 hari	4.43 hr	2,00	2.00
		4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2,00	36.94 menit	25.84 menit	0,50	1.00

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Skor Maks	Hasil Perhitungan		Skor	
				Audited 2015	2016	Audited 2015	2016
b.	Mutu Klinik	5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2,00	1.86 hari	1.15 hr	2,00	2.00
		6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2,00	48.36 menit	55.59 menit	2,00	2.00
		7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2,00	17,49 jam	34.18 menit	0,50	2.00
		1) Angka Kematian di Gawat Darurat	2,00	0.01%	0.62%	2,00	2.00
		2) Angka Kematian/Kebutaan \geq 48 Jam	2,00	2,30%	1.74%	2,00	2.00
		3) Post Operative Death Rate	2,00	0,01%	0	2,00	2.00
		4) Angka Infeksi Nosokomial	4,00				
		▪ Decubitus	1,00	0.78	0.12‰	1,00	1.00
		▪ Plebitis	1,00	0.07	0.71‰	1,00	1.00
		▪ ISK	1,00	0.22	0‰	1,00	1.00
		▪ ILO	1,00	0.25	0‰	1,00	1.00
		5) Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2,00	0.001%	0%	2,00	2.00
c.	Kepuasan Pelanggan	1) Penanganan Pengaduan/Komplain	1,00	98.32%	100%	1,00	1.00
		2) Kepuasan Pelanggan	1,00	75.10%	79.31%	0,78	0.80
3.	Kepedulian terhadap lingkungan	1) Kebersihan lingk/program rs bersih	2,00		8885		2.00
		2) Proper lingkungan	1,00		kuning		1.00

Capaian skor indikator BLU RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten pada tahun 2015 sebesar 85,3 dan masuk kategori AA (Baik), sedangkan pada tahun 2016 skor capaian indikator BLU mencapai 91,54 dan masuk kategori AA (Baik).

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut

Dari beberapa permasalahan diatas, rencana tindak lanjut yang akan dilakukan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Direktur USDM melakukan koordinasi untuk membangun kerjasama dengan FK UGM dan RSUP dr. Sardjito dalam rangka memenuhi kebutuhan dokter subspecialis dan dokter spesialis.
3. Meningkatkan program promosi RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS ditingkat Kabupaten Klaten dan sekitarnya.
4. Direktur medik dan keperawatan mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
5. Mempercepat pengembangan IT yang terintegrasi
6. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

