



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO

Jalan KRT. dr. SoeradjiTirtonegoro Nomor 1 Klaten

Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com



Nomor : PR.05.04/XIII/412/2023 27 Januari 2023
Sifat : BIASA
Lampiran : 1 (satu) bendel
Hal : Penyampaian LAKIP Tahun 2022 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

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

Menindaklanjuti surat Nomor PR.01.03/I.1/18049/2022 tanggal 15 Desember 2022 tentang Himbauan untuk Optimalisasi Pelaksanaan Evaluasi Kinerja dan Realisasi Anggaran tahun 2022 serta Persiapan Evaluasi SAKIP Tahun 2023 Ditjen Pelayanan Kesehatan, maka bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2022. Selanjutnya mohon perkenannya untuk dapat diproses sesuai ketentuan.

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

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



dr. Endang Widiaswati, M.Kes

NIP 196402141990022001



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) 2022



RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
Jl. KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104
E-mail : rsupsoeradji.klaten@yahoo.com



RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**



**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2022**

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah mencurahkan rahmat dan nikmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2022 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2022.

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan selama tahun 2022. Laporan kinerja ini merupakan laporan tahun ketiga pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024. Sesuai (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, PerMenpan RB No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai bentuk pertanggungjawaban dan wujud transparansi terkait pelaksanaan tugas dan fungsi, alat penilaian kinerja serta pemacu peningkatan kinerja organisasi dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang baik.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan dalam penyusunan LAKIP ini, untuk itu kami membutuhkan saran dan perbaikan guna penyempurnaan dimasa yang akan datang sehingga bias mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji

Tirtonegoro Klaten. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2022. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur Utama,



dr. Endang Widyaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001

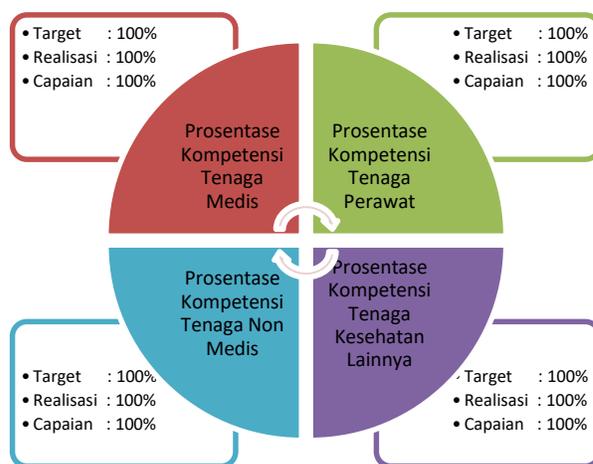
INFOGRAFIS

12 sasaran strategis, 31 indikator kinerja:

- **28 indikator mencapai target (90.32%)**
- **3 indikator belum mencapai target (9.68%)**

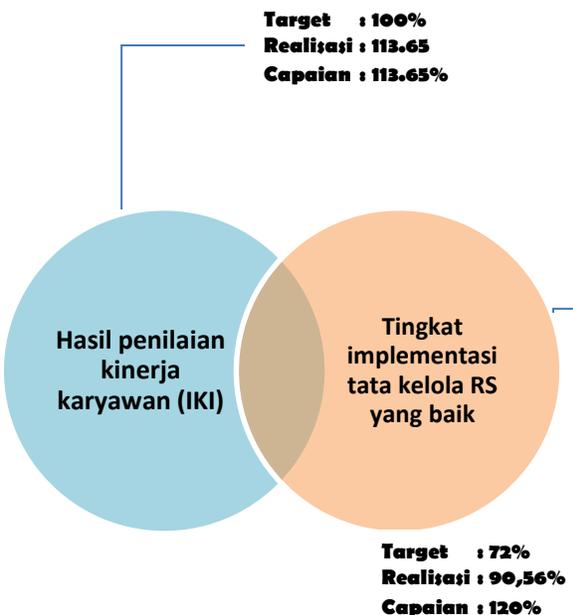
Sasaran Strategis 1

Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik



Sasaran Strategis 2

Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif



Sasaran Strategis 3

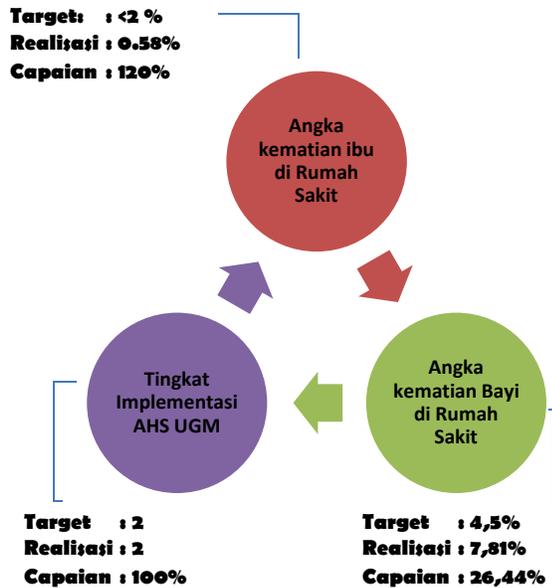
Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah



Target : 85%
Realisasi : 86.67%
Capaian : 101,96%

Sasaran Strategis 4

Terwujudnya tatakelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat



Sasaran Strategis 5

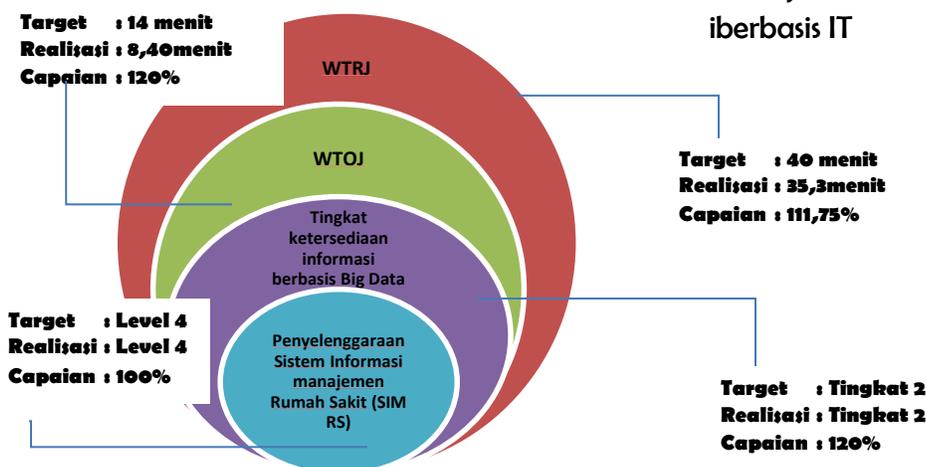
Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas



Target : 85
Realisasi : 91,48
Capaian : 107,62%

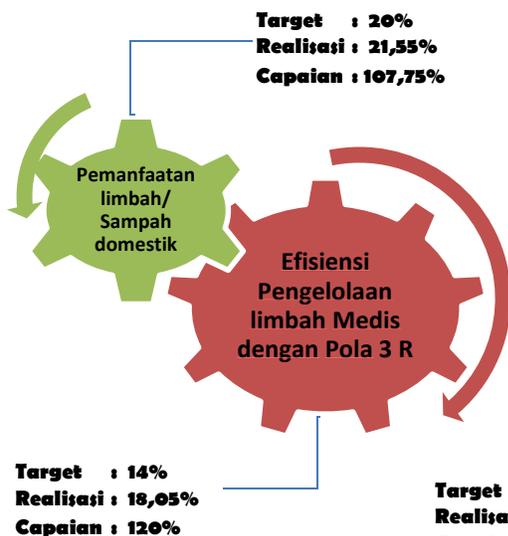
Sasaran Strategis 6

Terwujudnya system informasi manajemen kesehatan terintegrasi iberbasis IT

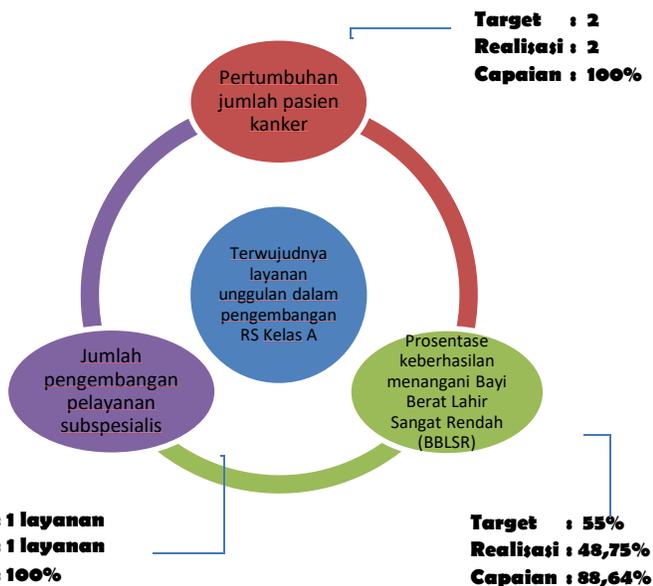


Sasaran Strategis 7

Terwujudnya Implementasi *green hospital*

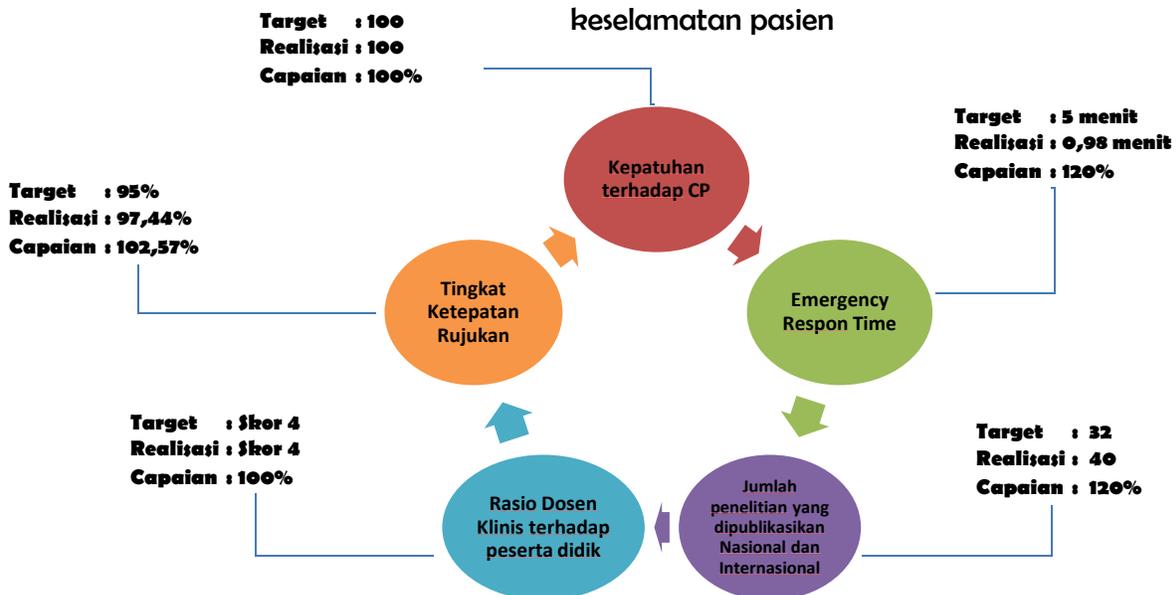


Sasaran Strategis 8



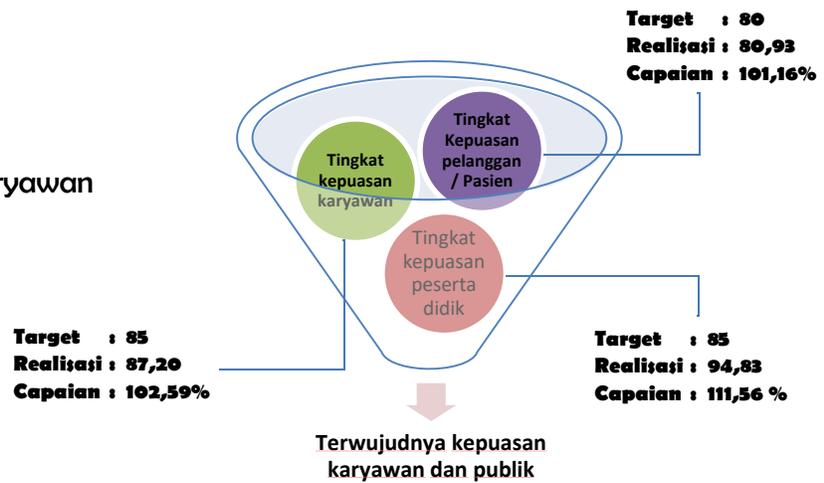
Sasaran Strategis 9

Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien



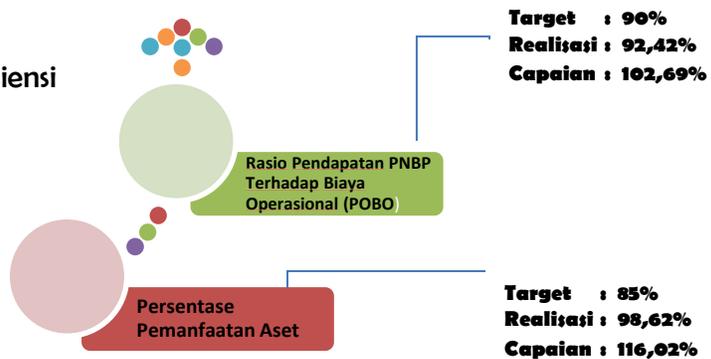
Sasaran Strategis 10

Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik



Sasaran Strategis 11

Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya



Sasaran Strategis 12

Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi



RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan laporan yang berisi informasi mengenai rencana dan capaian kinerja yang telah dicapai selama satu tahun. Rencana kinerja dan capaian kinerja tahun 2022 mengacu pada perencanaan kinerja dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024.

Berdasarkan pada 12 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 31 indikator kinerja, 28 indikator sudah berhasil dicapai, dan 3 indikator belum tercapai. Hal ini dapat disampaikan ringkasannya sebagai berikut:

1. Dari sasaran terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdayasaing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerjabaik; 4 indikator mencapai target.
2. Dari sasaran terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*cultureset*) organisasi yang efektif; 2 indikator mencapai target.
3. Dari sasaran terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah; 1 indikator mencapai target.
4. Dari sasaran terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat; 2 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.
5. Dari sasaran terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas, 1 indikator mencapai target.
6. Dari sasaran Terwujudnya system informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT; 4 indikator mencapai target.
7. Dari sasaran terwujudnya implementasi *green hospital*; 2 indikator mencapai target.
8. Dari sasaran Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A; 2 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.

9. Dari sasaran Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien; 5 indikator mencapai target.
10. Dari sasaran Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik; 3 indikator mencapai target.
11. Dari sasaran meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya; 2 indikator mencapai target.
12. Dari sasaran Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi; 1 indikator belum mencapai target.

Faktor penghambat capaian target kinerja tahun 2022 adalah:

1. Perlunya peningkatan kompetensi SDM dalam rangka peningkatan program layanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
2. Sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan sub spesialis belum lengkap;
3. SIM RS yang terintegrasi masih dalam tahap pengembangan;
4. Perlunya peningkatan sinergi antara Bidang Pelayanan dengan Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran untuk meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan, baik di dalam RS maupun di luar RS (Kabupaten Klaten dan sekitarnya).
5. Perlunya peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial.

Kinerja tahun 2022 didukung dengan realisasi anggaran sebesar Rp.396.223.029.551,- atau terserap sebesar 94,79% dari total pagu anggaran tahun 2022 sebesar Rp.418.019.110.000,- dan menggunakan sumber daya manusia sejumlah 1150 pegawai.

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

1. Memberikan dorongan dan motivasi kepada pegawai untuk menempuh pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dan merencanakan program pelatihan pegawai;
2. Merencanakan dan melaksanakan pengiriman staf dalam pendidikan, magang, ataupun studi banding terkait program pengembangan layanan yang sudah direncanakan;
3. Mempercepat pengembangan IT yang terintegrasi;
4. Membangun sinergi antara Bidang Pelayanan dengan Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran untuk meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui berbagai media baik di dalam maupun di luar RS (Kabupaten Klaten dan sekitarnya);
5. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun jajaran manajerial.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Tugas dan Fungsi

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

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.42/2020 tanggal 23 Oktober 2020 tentang Organisasi & Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugasnya, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai fungsi sebagai berikut:

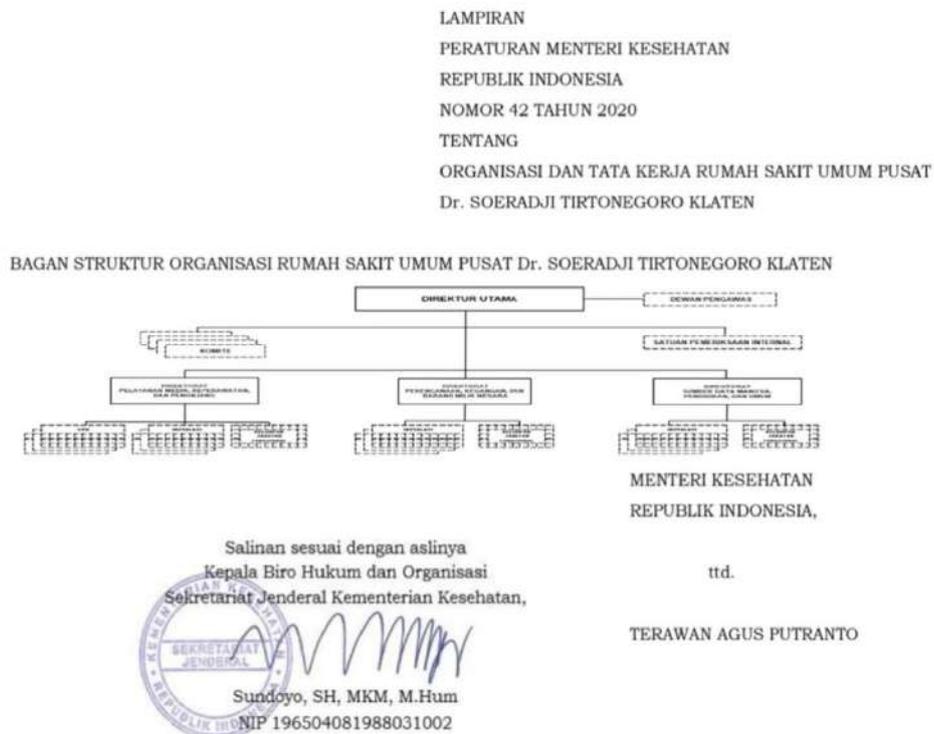
- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c. pengelolaan pelayanan keperawatan;
- d. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan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

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

B. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berdasarkan PerMenKes RI No.42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terdiri atas tiga direktorat, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.1.

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

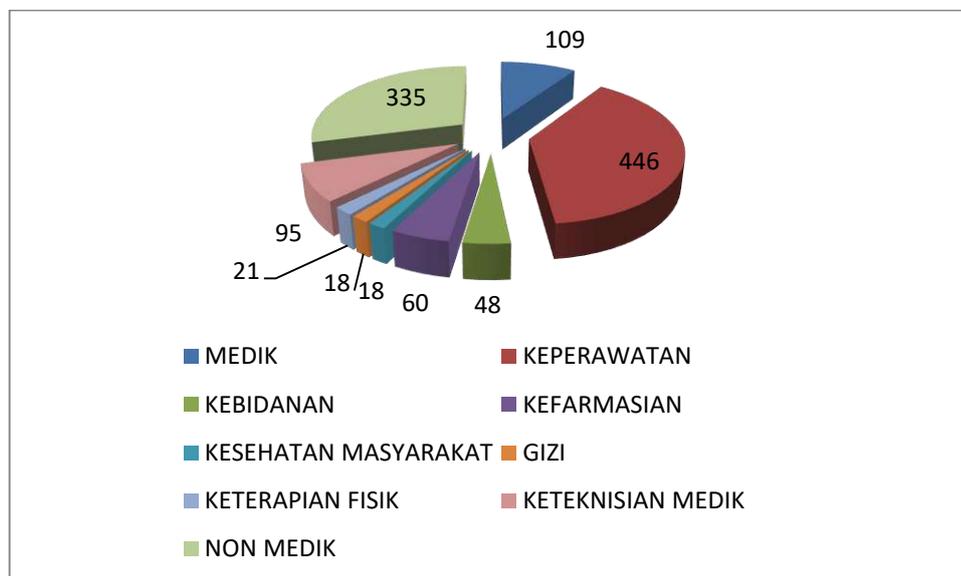


Struktur organisasi tersebut didukung dengan sumber daya manusia (SDM) sebanyak 1150 orang (per 31 Desember 2022). Komposisi SDM yang dikelompokkan dalam jabatan, golongan, dan jenjang pendidikan disajikan dalam Tabel 1.1, Grafik 1.1, dan Grafik 1.2 berikut

Tabel 1.1 Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

NO	STATUS KPEGAWAIAN	PNS	CPNS	BLU TETAP	BLU KONTRAK	DOKTER TAMU	JUMLAH
1	Manajerial	116	14	13	-	11	155
2	Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang	504	56	155	95		810
3	Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara	21	11	31	10	-	73
4	Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum	47	2	33	31	-	113
	Jumlah	688	83	232	136	11	1150

Grafik 1. 1 Komposisi SDM Berdasarkan Pendidikan



C. Aspek Strategis Organisasi

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten saat ini sudah menjadi RS Kelas A berdasarkan SK Badan Koordinasi Penanaman Modal No.5/1/10/KES/PMDN/2018 yang diberi waktu s/d 5 tahun untuk mempersiapkan Sumber Daya yaitu kompetensi dan sarana prasarana yang memadai untuk kategori layanan kelas A. Kondisi ini adalah peluang bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk dapat memperluas dan meningkatkan layanan kepada masyarakat dari sisi kompleksitas pelayanan, namun sekaligus sebagai tantangan untuk menyiapkan SDM yang memenuhi persyaratan kompetensi dan pemenuhan sarana prasarana yang memadai untuk kategori kelas A. RSUP dr Soeradji Tirtonegoro juga terus melakukan peningkatan fasilitas kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan.

Program pengembangan pelayanan yang disiapkan untuk tahun 2022 adalah pengembangan layanan unggulan dan layanan sub spesialis berdasarkan Permenkes 30 Tahun 2019 revisi dari Permenkes 56 Tahun 2014, penguatan program promosi layanan RS serta pengembangan layanan lainnya. Layanan unggulan Rumah Sakit berupa layanan kanker terpadu dan layanan pediatrik terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RSUP dr Soeradji Tirtonegoro yang unggul dalam pelayanan. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah masih terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi kebutuhan masyarakat. Pengembangan layanan unggulan lain berupa

layanan Pediatri Terpadu didukung ketersediaan SDM yang cukup lengkap dalam pelayanan pediatri terpadu dengan sarana prasarana yang memadai adalah modal utama pengembangan layanan pediatrik terpadu menjadi layanan unggulan RS. Layanan Pediatri Terpadu secara tidak langsung berkontribusi dalam mewujudkan tujuan Kementerian Kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) serta menjadi salah satu indikator meningkatnya status derajat kesehatan masyarakat. Layanan geriatri dan layanan lainnya juga akan menjadi layanan prioritas yang akan dikembangkan Rumah Sakit.

Dengan adanya Pandemi Covid-19 di awal tahun 2020 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten yang merupakan RS Vertikal milik Kementerian Kesehatan ditetapkan sebagai RS Rujukan Penanganan Covid-19. Adanya Pandemi Covid-19 menyebabkan terjadinya perubahan dalam pemberian pelayanan kesehatan dimana faktor keamanan petugas dan pasien menjadi prioritas utama pelayanan agar tidak terjadi penularan. Upaya yang dilakukan Rumah Sakit adalah disiplin dalam penerapan protokol kesehatan dan meningkatkan sarana prasarana kesehatan.

D. Maksud dan Tujuan

Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis atas pelaksanaan program RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang meliputi pengelolaan sumber daya, pengelolaan keuangan, sarana dan prasarana, serta sumber daya manusia. Laporan ini merupakan rangkuman yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang sudah ditetapkan. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro melakukan evaluasi kinerja atas keberhasilan maupun kegagalan dalam pelaksanaan program dan kegiatan dalam

rangka untuk mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan dan disusun secara periodik, sehingga apabila terjadi kegagalan akan dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan dan langkah-langkah perbaikan manajemen serta dapat dilakukan analisis penyebab ataupun penghambatnya. Apabila kinerjanya tercapai dengan baik maka tetap perlu dilakukan analisa dan strategi yang tepat untuk mempertahankannya.

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah:

1. Sebagai bentuk pertanggung jawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2022 yang harus dipertanggung jawabkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.
2. Sebagai instrumen pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan kegiatan dan sebagai bahan untuk menyempurnakan perencanaan dan penyusunan program pada periode yang akan datang.
3. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematis untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun.
4. Sebagai alat kendali, alat penilai, dan alat pendorong yang dapat memberikan gambaran secara komprehensif pencapaian kinerja disetiap unit kerja RSUP. dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
5. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau peningkatan kinerja unit kerja RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro.
6. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat diidentifikasi faktor

penghambat dan pendukung tercapainya kinerja dan tindakan perbaikan dimasa yang akan datang.

E. Permasalahan Utama (Strategic Issues)

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

1. Pandemi Covid-19 (perubahan pelayanan dan perilaku pelayanan, kebutuhan sarana dan prasarana)
2. Sistem Informasi RS belum terintegrasi.
3. Sarana dan prasarana belum memadai.
4. Pemenuhan kebutuhan SDM belum sesuai harapan (pola ketenagaan) yang disebabkan belum optimalnya pengidentifikasian beban kerja.
5. Komitmen dan budaya kerja sebagian pegawai masih rendah.
6. Masih perlu dilakukan peningkatan kepatuhan dalam kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medik untuk mempercepat proses penagihan/klaim ke BPJS.
7. Meningkatkan fungsi SIMRS untuk mempermudah dan memperpendek waktu pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan.

F. Sistematika Penulisan

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

- a. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issues) yang sedang dihadapi organisasi.
- b. Bab II Perencanaan Kinerja, menjelaskan tentang uraian ringkasan / ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2022
- c. Bab III Akuntabilitas Kinerja.
 - A) Capaian Kinerja Organisasi, menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis

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

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
3. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan;
5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumberdaya;
6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

B) Realisasi Anggaran,

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

d. Bab IV Penutup

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

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja

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

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

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

“Unggul dalam Pelayanan Publik”.

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

Pelayanan Publik: segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggungjawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di

Daerah dan di lingkungan BUMN/BUMD, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan

Visi tersebut diwujudkan melalui misi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

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

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

Tata nilai RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah IPAKI:

- I = Integritas
- P = Profesionalisme
- A = Akuntabilitas
- K = Keterbukaan
- I = Ikhlas

Keyakinan dasar RSUP dr Soeradji Tirtonegoro :

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

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

1. Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik
2. Terbentuknya pola pikir (*mindset*) dan pola budaya (*culture set*) organisasi yang efektif.
3. Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah
4. Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
5. Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas
6. Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT
7. Terwujudnya implementasi *green hospital*
8. Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A
9. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien
10. Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik
11. Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktu dan efisiensi biaya
12. Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

Dalam rangka melaksanakan sasaran-sasaran yang ditetapkan diatas, maka perlu adanya strategi untuk mencapai sasaran tersebut. Adapun strateginya adalah sebagai berikut:

1. Pengelolaan Aparatur Sipil Negara secara sistematis, konseptis, dan berkelanjutan dimulai dari sistem rekrutmen yang bersih dan professional;
2. Penuangan kaidah budaya kerja pada setiap regulasi yang dibuat;
3. Mengembangkan kemandirian dalam sistem tata kelola kehandalan sarana dan prasarana melalui pemberdayaan SDM RS berbasis *Health Technology Assesment* (HTA) yang mengedepankan *Evidence Based Medicine* (EBM);
4. Pengembangan pelayanan rumah sakit berdasarkan perencanaan terpadu untuk mewujudkan efektifitas dan efisiensi dalam proses bisnis rumah sakit;
5. Mengembangkan sistem informasi manajemen regulasi dan promosi kesehatan yang terintegrasi di rumah sakit;

6. Tercapainya peningkatan dan pengembangan layanan unggulan dan layanan prioritas;
7. Mengembangkan tata layanan klinis, mengintensifkan fungsi unit kerja pendidikan dan penelitian, serta menguatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Rotasi Klinik, dengan mengedepankan Mutu dan Keselamatan Pasien;
8. Membangun sistem manajemen komplain pelanggan;
9. Terwujudnya sistem rujukan berjenjang.

Adapun program- programnya sebagai berikut:

1. Implementasi Struktur Organisasi Rumah Sakit klas A Pendidikan Utama tahap III dan Penguatan manajemen SDM RS tahap III serta Peningkatan Profesionalisme/Kompetensi SDM Rumah Sakit Melalui Eskalasi Program Pengembangan dan Pemberdayaan SDM.
2. Peningkatan Kesejahteraan dan Karier SDM Berbasis Kinerja dan IT (Reformasi Birokrasi Kepegawaian) tahap III, Pemantapan budaya menjaga mutu dan keselamatan pasien tahap III, Pemantapan budaya patient centered care tahap II, Pembangunan Zona Integritas tahap III.
3. Penataan sarana RS kelas A tahap III, Pembangunan dan renovasi /refungsi sarana fisik tahap III, dan Optimalisasi pengawasan kualitas kelayakan sarana prasarana, alat kesehatan, dan jaringan tahap III.
4. Penguatan pencatatan dan pelaporan data pelayanan di RS yang terkait dengan derajat kesehatan masyarakat Tahap III dan Implementasi kegiatan yang efektif dan efisien, kehandalan pelaporan keuangan, pengamanan aset dan ketaatan terhadap regulasi serta Pembangunan ekselensi dalam konsep AHS UGM tahap III.
5. Optimalisasi pelaksanaan reformasi birokrasi dalam rangka Good Governance tahap III.
6. Pengembangan sistem informasi manajemen, regulasi dan promosi kesehatan RS yang terintegrasi tahap III.
7. Pelaksanaan Sistem Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut Pencapaian IKU tiap Direktorat berbasis IT (Tahap III), Pengelolaan Limbah Medis dengan pola 3 R, Pemanfaatan limbah/sampah domestik, efisiensi energi dan air, dan Upaya minimisasi limbah

melalui penggunaan kertas bekas.

8. Pengembangan dan optimalisasi layanan unggulan serta optimalisasi layanan lainnya
9. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien serta Penguatan sistem rujukan terintegrasi (sisrute) tahap III.
10. Peningkatan kompetensi sumber daya manusia di bidang teknologi informasi.
11. Terwujudnya Pengelolaan Keuangan berbasis IT

Perencanaan Strategis memiliki tujuan :

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

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

Tabel 2.1.Matrik Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target					
				2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN										
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompoten dan berkinerja baik	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100	100	100	100	100
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100	100	100	100	100
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100	100	100	100	100
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	85	100	100	100	100	100
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	5	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%		100	100	100	100	100
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	74.19	72	72	72	72	72
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%		80	85	85	85	85
PERSPEKTIF PROSES BISNIS										
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	8	Angka kematian ibu di Rumah	%	0.45	0.43	0.42	<2	<2	<2
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.89	4.7	4.6	4.5	4.4	4
		10	Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	1	1	2	2	2	2
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	86.17	87	87	85	85	85

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SAT	Baseline	Target				
				2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024
6 Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	72	60	45	40	35	30
	13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	32.71	30	14	14	14	14
	14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	-	1	1	2	2	3
	15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	Level 2	3	3	4	4	5
7 Terwujudnya Implementasi <i>green hospital</i>	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	12	13	14	14	15	15
	17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	-	10	15	20	30	50
8 Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor		1.5	1.5	2	2	2
	19	Presentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%		55	55	55	55	55
	20	Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	layanan		1	1	1	1	1
9 Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	100	100	100	100
	22	Emergency Respon Time	menit	8	8	8	<5	<5	<5
	23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	Penelitian		26	29	32	35	39
	24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4	4	4	4	4
	25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%		85	90	95	100	100
PERSPEKTIF KONSUMEN									
10 Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	79	80	80	80	80	80
	27	Tingkat kepuasan karyawan	%	80	82	82	85	85	85
	28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	80	82	82	85	85	85

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SAT	Baseline	Target					
		2020-2024		2019 (Sem I)	2020	2021	2022	2023	2024	
PERSPEKTIF FINANSIAL										
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	62.18	65	90	90	90	90
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%		80	80	85	88	90
INDIKATOR WAJIB										
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	31	Persentase Pelaksanaan sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	%			60	70	85	100

B. Perjanjian Kinerja

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

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2022 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro Tahun 2022

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN				
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Tingkat kehandalan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	<2%
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4,5
		Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase (skor) nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85
6	Terwujudnya sistim informasi manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	40
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	2
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Tingkat	4
7	Terwujudnya Implementasi <i>green hospital</i>	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	20
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	2
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55
		Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	layanan	1
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	%	100
		Emergency Respon Time	menit	<5
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional dan internasional	Penelitian	32
		Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4
		Tingkat Ketepatan Rujukan	%	95

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF KONSUMEN				
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80
		Tingkat kepuasan karyawan	%	85
		Tingkat kepuasan peserta didik	%	85
PERSPEKTIF FINANSIAL				
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90
		Persentase Pemanfaatan Aset	%	85
INDIKATOR WAJIB				
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	70

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2022 sebesar Rp.379.386.171.000,- . Selama tahun berjalan ada penggunaan saldo awal sebesar Rp.19.795.427.000,- dana PEN Rp.16.833.512.000,- Bantuan Pemerintah Rp.5.185.000.000,- Pengembalian gaji PNS Rp.3.000.000.000,- dan pengembalian PEN Rp.181.000.000,-

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

Tahun 2022 merupakan tahun ketiga dari perencanaan jangka menengah, dan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020 – 2024 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja secara terperinci diuraikan untuk tiap-tiap indikator pada masing-masing sasarannya yang telah ditetapkan pada RSB 2020-2024.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2022 dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Capaian kinerja yang diukur adalah dengan membandingkan realisasi dengan target.

A.1. Perbandingan Target 2022 dengan Realisasi Tahun 2022

Tabel 3.1 Perbandingan Target dan Realisasi Tahun 2022

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN							
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
2	Terbentuknya pola pikir (<i>mindset</i>) dan pola budaya (<i>culture set</i>) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	113,65	113,65%	Tercapai
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	90,56	120,00%	Tercapai
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	86,67	101,96%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL							
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	<2	0,58	120,00%	Tercapai
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4,5	7,81	26,44%	Tidak tercapai
		Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2	2,00	100,00%	Tercapai

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	91,48	107,62%	Tercapai
6	Terwujudnya sistim informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	40	35,3	111,75%	Tercapai
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14	8,40	120,00%	Tercapai
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2,00	100,00%	Tercapai
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Tingkat	4	4,00	100,00%	Tercapai
7	Terwujudnya Implementasi <i>green hospital</i>	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14	18,05	120,00%	Tercapai
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	20	21,55	107,75%	Tercapai
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	2	2,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	48,75	88,64%	Tidak Tercapai
		Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	layanan	1	1	100,00%	Tercapai

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Emergency Respon Time	menit	< 5	0,98	120,00%	Tercapai
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional dan internasional	Penelitian	32	40,00	120,00%	Tercapai
		Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4,00	100,00%	Tercapai
		Tingkat Ketepatan Rujukan	%	95	97,44	102,57%	Tercapai
PERSPEKTIF KONSUMEN							
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80,93	101,16%	Tercapai
		Tingkat kepuasan karyawan	%	85	87,20	102,59%	Tercapai
		Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	94,83	111,56%	Tercapai
PERSPEKTIF FINANSIAL							
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	92,42	102,69%	Tercapai
		Persentase pemanfaatan aset	%	85	98,62	116,02%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB							
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	70	49,37	70,53%	Tidak Tercapai
	Capaian Kinerja					102,74%	

Dari 30 indikator kinerja utama yang ditetapkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dan 1 indikator dari Ditjen Yankes, pada tahun 2022 tercapai sebanyak 28 indikator (90,32%), dan belum tercapai 3 indikator (9,68%). Prosentase rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2022 tercapai sebesar 102,74%.

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

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

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	2020			2021			2022			2024			
				Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi*)	Ket	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN																
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompoten dan berkinerja baik	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100,00	Tercapai	100	100,00	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100,00	Tercapai	100	100,00	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100,00	Tercapai	100	100,00	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	96,33	Belum Tercapai	100	100,00	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang	5	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	107,75	Tercapai	100	107,28	Tercapai	100	113,65	Tercapai	100	113,65	Tercapai
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	80,66	Tercapai	72	90,80	Tercapai	72	90,56	Tercapai	72	90,56	Tercapai
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laiak pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	80	79,37	Belum Tercapai	85	74,37	Belum Tercapai	85	86,67	Tercapai	85	86,67	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS																
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat	8	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	0,43	0,00	Tercapai	0,42	1,06	Belum Tercapai	<2	0,58	Tercapai	<2	0,58	Tercapai
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4,7	5,81	Belum Tercapai	4,6	8,36	Belum Tercapai	4,5	7,81	Belum Tercapai	4	7,81	Belum Tercapai
		10	Tingkat Implementasi konsep AHS UGM	skor	1	2,00	Tercapai	2	2,00	Tercapai	2	2	Tercapai	2	2	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2020			2021			2022			2024			
				Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi*)	Ket	
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	90,95	Tercapai	87	87,49	Tercapai	85	91,48	Tercapai	85	91,48	Tercapai
6	Terwujudnya sistem informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	12	Waktu Tunggu Raw at Jalan (WTRJ)	menit	60	40,42	Tercapai	45	36	Tercapai	40	35,3	Tercapai	30	35,3	Belum Tercapai
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	30	9,94	Tercapai	14	10,04	Tercapai	14	8,4	Tercapai	14	8,4	Tercapai
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	1	1,00	Tercapai	1	1,00	Tercapai	2	2	Tercapai	3	2	Belum Tercapai
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Level	3	3,00	Tercapai	3	3,00	Tercapai	4	4	Tercapai	5	4	Belum Tercapai
7	Terwujudnya implementasi green hospital	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	13	14,82	Tercapai	14	20,91	Tercapai	14	18,05	Tercapai	15	18,05	Tercapai
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	10	10,71	Tercapai	15	15,04	Tercapai	20	21,55	Tercapai	50	21,55	Belum Tercapai
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	1,5	1,25	Belum Tercapai	1,5	1,50	Tercapai	2	2	Tercapai	2	2	Tercapai
		19	Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	59,26	Tercapai	55	45,36	Belum Tercapai	55	48,75	Belum Tercapai	55	48,75	Belum Tercapai
		20	Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	layanan	1	1,00	Tercapai	1	2,00	Tercapai	1	1	Tercapai	1	1	Tercapai
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai	100	100	Tercapai
		22	Emergency Respon Time	menit	≤8	1,80	Tercapai	8	1,25	Tercapai	<5	0,98	Tercapai	≤5	0,98	Tercapai
		23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	Penelitian	26	26	Tercapai	29	33	Tercapai	32	40	Tercapai	39	40	Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2020			2021			2022			2024			
				Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi	Ket	Target	Realisasi*)	Ket	
				9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang	24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	Skor 4	Skor 4	Tercapai	Skor 4	Skor 4	Tercapai	Skor 4	skor 4
25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%	85	94,64		Tercapai	90	100,00	Tercapai	95	97,44	Tercapai	95	97,44	Tercapai	
PERSPEKTIF KONSUMEN																
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80,90	Tercapai	80	80,19	Tercapai	80	80,93	Tercapai	80	80,93	Tercapai
27		Tingkat kepuasan karyawan	%	82	91,10	Tercapai	82	91,03	Tercapai	85	87,2	Tercapai	85	87,2	Tercapai	
28		Tingkat kepuasan peserta didik	%	82	92,50	Tercapai	82	87,50	Tercapai	85	94,83	Tercapai	85	94,83	Tercapai	
PERSPEKTIF FINANSIAL																
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	29	Rasio Pendapatan PNBK Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	65	94,57	Tercapai	90	123,24	Tercapai	90	92,42	Tercapai	90	96,8	Tercapai
30		Persentase Pemanfaatan Aset	%	80	80,00	Tercapai	80	88,84	Tercapai	85	98,62	Tercapai	90	91,67	Tercapai	
INDIKATOR WAJIB																
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	31	Prosentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%				60	20,91	Belum tercapai	70	49,37	Belum tercapai	100	49,37	Belum Tercapai
Capaian Kinerja					105,57%			97,58%			102,74%			96,48%		

Realisasi*) : Realisasi tahun 2022

Perbandingan capaian tahun 2022 dengan target tahun 2024, dari 31 indikator kinerja utama, tercapai sebanyak 24 indikator (77,42%), dan belum tercapai 7 indikator (22,58%). Persentase rata-rata capaian indikator kinerja utama tahun 2020 tercapai sebesar 105,57%, tahun 2021 tercapai sebesar 97,58% tahun 2022 tercapai sebesar 102,74%, dan terhadap target 2024 tercapai 96,48%.

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

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

Sasaran 1: Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik.

Untuk mencapai sasaran terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik ada 4 indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah terpenuhinya SDM yang berkompeten dan bermutu sesuai standar yang ditetapkan agar dapat mencapai pelayanan yang efektif, efisien serta meningkatkan mutu pelayanan yang berorientasi pada pasien dan keselamatan pasien.

1. a. Prosentase Kompetensi Tenaga Medis

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

Tabel 3.3 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi Tenaga Medis

Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	100	100	100	100	100	100	100
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan prosentase kompetensi tenaga medis:

= Jumlah tenaga medis yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial komite medik dibagi Jumlah tenaga medis dikalikan 100%

= $102/102 \times 100\% = 100\%$

b. Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat

Tabel 3.4 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat

Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	100	100	100	100	100	100	100
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan prosentase kompetensi tenaga perawat:

= Jumlah tenaga Keperawatan yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial komite medik dibagi Jumlah tenaga keperawatan dikalikan 100%

$$= 474/474 \times 100\% = 100\%$$

c. Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya

Tabel 3.5 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi Tenaga kesehatan Lainnya

Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	100	100	100	100	100	100	100
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan prosentase kompetensi tenaga kesehatan lainnya:

= Jumlah tenaga kesehatan lain yang telah dilakukan kredensial oleh sub kredensial Komite Nakes lain dibagi jumlah tenaga kesehatan lainnya dikalikan 100%

$$= 211/211 \times 100\% = 100\%$$

d. Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis

Tabel 3.6 Capaian Pengukuran Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis

Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	100	100	100	100	100	100	100
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan prosentase kompetensi tenaga non medis:

$$\begin{aligned} &= \text{Jumlah tenaga non medis dengan pendidikan minimal SMA/Sederajat dibagi jumlah tenaga} \\ &\text{non medis dikalikan } 100\% \\ &= 333/333 \times 100\% = 100\% \end{aligned}$$

Capaian prosentase kompetensi tenaga medis, perawat, nakes lain dan non medis tercapai 100% dari target yang telah ditetapkan.

Permasalahan :

- Masih sering terjadi kendala dalam pengurusan STR dan SIP untuk tenaga medik, keperawatan dan Nakes.
- Pengembangan pelayanan yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menuntut peningkatan kompetensi dan kualifikasi jabatan yang sesuai.
- Semangat dan motivasi pegawai untuk melanjutkan pendidikan masih kurang
- Masih adanya pegawai berpendidikan setingkat SLTA, proses pendidikan jenjang yang lebih tinggi belum selesai.
- Perlunya peningkatan profesionalisme/ kompetensi SDM RS dalam rangka peningkatan program layanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Usulan pemecahan masalah:

- Melakukan koordinasi dengan ketua komite medik, keperawatan dan nakes lain untuk melakukan monitoring dan evaluasi bagi yang belum memenuhi persyaratan agar segera dipenuhi, apabila belum bisa memenuhi dilakukan down grade sehingga tidak memberikan pelayanan langsung kepada pasien.
- Melakukan monitoring terhadap masa berlaku STR dan SIP dengan melakukan penagihan STR dan SIP yang akan habis masa

berlakunya, selalu melakukan koordinasi dengan dinas kesehatan dan DPMPTSP (Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu).

- Mengadakan kerja sama dengan unit kerja dalam mendorong tercapainya seluruh persyaratan SDM untuk RS kelas A / pengembangan pelayanan.
- Menyusun program pelatihan berbasis kompetensi maupun yang teknis yang terakreditasi dan berdasarkan pada kebutuhan.
- Memberikan dorongan dan motivasi kepada pegawai untuk menempuh pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi
- Memberikan bantuan biaya pendidikan untuk pegawai yang akan melanjutkan pendidikan.
- Membuat pemetaan pendidikan sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit di tiap unit kerja.

Sasaran 2 :Terbentuknya Pola Pikir (mindset) dan Pola Budaya (Culture Set) Organisasi yang Efektif

Untuk mencapai sasaran terbentuknya budaya kinerja ada dua indikator yang ditetapkan.Sasaran dari indikator ini adalah mencapai terwujudnya pembinaan pegawai berdasarkan prestasi kerja dan sistem karier sehingga diharapkan produktivitas kerja meningkat.

2. a. Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)

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

Tabel 3.7 Capaian Pengukuran Hasil Penilaian Kinerja Karyawan (IKI)

Pengukuran Hasil Penilaian Kinerja Karyawan (IKI)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	107,75	100	107,28	100	113,65	100	113,65
Capaian	108%		107%		114%		114%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI):

$$= \text{Jumlah nilai kinerja karyawan RS} / \text{Jumlah Pegawai} \times 100\%$$

Capaian hasil pengukuran Evaluasi nilai IKI Desember 2022

Tabel 3.8 Evaluasi nilai IKI Desember 2022

No	Nilai IKI	Jumlah
1	IKI = 3	18 Pegawai
2	IKI $\geq 1 < 3$	120 Pegawai
3	IKI Dibawah 1 > 0	858 Pegawai
4	IKI = 0 (Sakit, Tubel, CLTN dan Cuti Melahirkan)	15 Pegawai

Permasalahan:

- Penilaian iki masih ada yang kurang dari 1.

Usul Pemecahan Masalah:

- Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk melakukan evaluasi dari hasil penilaian kinerja
- Melakukan koordinasi dengan ketua peer group untuk melakukan monitoring dan evaluasi target apabila diperlukan
- Melakukan evaluasi target
- Menambah kegiatan tambahan untuk pegawai yang nilainya masih kurang 100.

b. Tingkat Implementasi Tata Kelola RS yang Baik

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

Tabel 3.9 Tingkat Implementasi Tata Kelola RS yang Baik

Tingkat Implementasi Tata Kelola RS yang Baik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*
	72	80,66	72	90,80	72	90,56	72	90,56
Capaian	112%		120%		120%		120%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat Implementasi Tata Kelola RS yang Baik

= Tingkat pencapaian kinerja BLU rumah sakit yang dinilai oleh asesor (Perdirjen No.24/PB/2018 AAA apabila Total Skor (TS) > 95
 AA apabila $80 < TS \leq 95$
 A apabila $68 < TS \leq 80$.

Capaian tingkat implementasi tata kelola RS yang baik tercapai dalam kriteria Baik AA karena total skor berada pada $80 < TS \leq 95$.

Permasalahan:

- Perlunya penguatan monitoring dan evaluasi kinerja
- Aliran data dari satuan kerja terkait melebihi batas waktu yang ditentukan.
- Belum optimalnya dukungan sistem informasi Rumah Sakit.

Usul Pemecahan Masalah:

- Melakukan evaluasi secara rutin dan perbaikan sistem pelaporan hasil kegiatan
- Mendorong PIC pada indikator yang belum tercapai untuk meningkatkan kinerja.
- Melakukan koordinasi dengan satuan kerja terkait.
- Membangun IT yang terintegrasi

Sasaran 3: Terealisasinya Sarana dan Prasarana siap/laik Pakai Rumah Sakit Heritage yang Memiliki Nilai Sejarah

Untuk mencapai sasaran terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai Rumah Sakit Heritage yang Memiliki Nilai Sejarah ada satu

indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai kelaikan alat medis maupun non medis dapat bekerja dengan efektif guna mewujudkan safe condition untuk keberhasilan program patient safety.

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

Tabel 3.10 Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)

Efektivitas penggunaan prasarana sesuai	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	80	79,37	85	74,37	85	86,67	85	86,67
Capaian	99%		87%		102%		102%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)

= *Availability* (efektifitas maintenance peralatan) x *performance rate* (seberapa efektif peralatan yang digunakan) x *quality rate* (efektifitas proses manufaktur untuk mengeliminasi *scrap, rework and yield loss*)

=>Ketersediaan / Ke (Avaibility) = Jumlah waktu operasional alat / Jumlah waktu tersedia untuk operasional

=>Kinerja / Ki (Performance) = Total Produksi x Waktu Ideal /Waktu Operasi Alat

=>Kualitas / Ku (Quality) = Total Produksi-total produksi gagal /Total Produksi

=> Ke x Ki x Ku

Nilai OEE tahun 2022 secara rata-rata target sudah tercapai, adapun alat yang dilakukan penilaian OEE yang belum tercapai adalah alat sterilisator dan IPAL, mesin CT Scan 128 slice.

**Tabel 3.11. Capaian Overall Equipment Effectiveness(OEE)
Tahun 2022**

No	Instalasi	Target	Rata-rata nilai OEE	Keterangan
1	Sterilisator merk Tuttnauer	85%	78.92%	Tidak Tercapai
2	Sterilisator Autoclave Getinge		76.54 %	Tidak Tercapai
2	Mesin Cuci merk Grandimpianti		101,62%	Tercapai
3	Alat Pengolah Air Limbah		77.53%	Tidak Tercapai
4	CT Scan 16 slice		94.01%	Tercapai
5	CT Scan 128 Slice		82.96%	Tidak Tercapai
6	MRI		87.24%	Tercapai
7	Cathlab		94.52%	Tercapai
	Jumlah		86.67%	Tercapai

Permasalahan:

- Terjadi kerusakan alat yang membutuhkan waktu untuk perbaikannya
- Alat sterilisator berkapasitas besar tidak efektif penggunaan listriknya apabila alat yang disterilisasi kecil-kecil.
- Ketersediaan mesin pengolah limbah dipengaruhi volume air limbah yang harus diolah, kualitas hasil pengolah air limbah, serta 7 parameter yang harus memenuhi syarat
- Penggunaan CT Scan 128 slice ini tergantung dari jenis kasus pasien IGD yang secara emergency harus dilakukan tindakan pemeriksaan di IGD

Usul pemecahan masalah:

- Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam peningkatan pemanfaatan alat/utilisasi alat yang diterima untuk segera dimanfaatkan
- Meningkatkan koordinasi dengan Substansi Anggaran dan unit kerja terkait apabila ada kebutuhan alat medis/non medis yang cito dan belum masuk anggaran.

- Mempertimbangkan prioritas pengadaan apabila ada alat medis maupun non medis yang urgent/cito terutama yang sesuai RSB/RBA dan pengembangan layanan KJSU KIA.

Sasaran 4: Terwujudnya Tata Kelola RS dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat

Untuk mencapai sasaran Terwujudnya tata kelola RS dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat ada 3 indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

4.a. Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

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

Tabel 3.12 Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

Angka kematian Ibu di Rumah Sakit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	0,43	0,00	0,42	1,06	<2	0,58	<2	0,58
Capaian	120%		0%		120%		120%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka kematian Ibu di Rumah Sakit

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

$$=(7 / 1.210) \times 100\% = 0.58\%$$

Indikator angka kematian ibu di Rumah Sakit tercapai sesuai target tahun 2022.

Permasalahan:

- Beberapa pasien yang dirawat atau di rujuk ke RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sudah dalam kondisi yang buruk.
- Adanya rujukan berjenjang yang diberlakukan oleh BPJS

Usul Pemecahan Masalah:

- Memberikan program edukasi tentang kesehatan ibu hamil kepada masyarakat/pasien.
- Bekerjasama dengan puskesmas dan fasilitas kesehatan lain tentang program kesehatan ibu hamil.

4.b Angka Kematian Bayi di Rumah Sakit

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

Tabel 3.13 Angka kematian Bayi di Rumah Sakit

Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	4,7	5,81	4,6	8,36	4,5	7,81	4	7,81
Capaian	76%		18%		26%		5%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Angka kematian bayi di Rumah Sakit

$$\begin{aligned}
 &= \text{kematian bayi lahir hidup 0-28 hari} / \text{jumlah bayi lahir hidup 0-28 hari} \times 100\% \\
 &= 115/1.763 \times 100\% \\
 &= 7.81\%
 \end{aligned}$$

Indikator angka kematian bayi di Rumah Sakit tidak mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022.

Permasalahan:

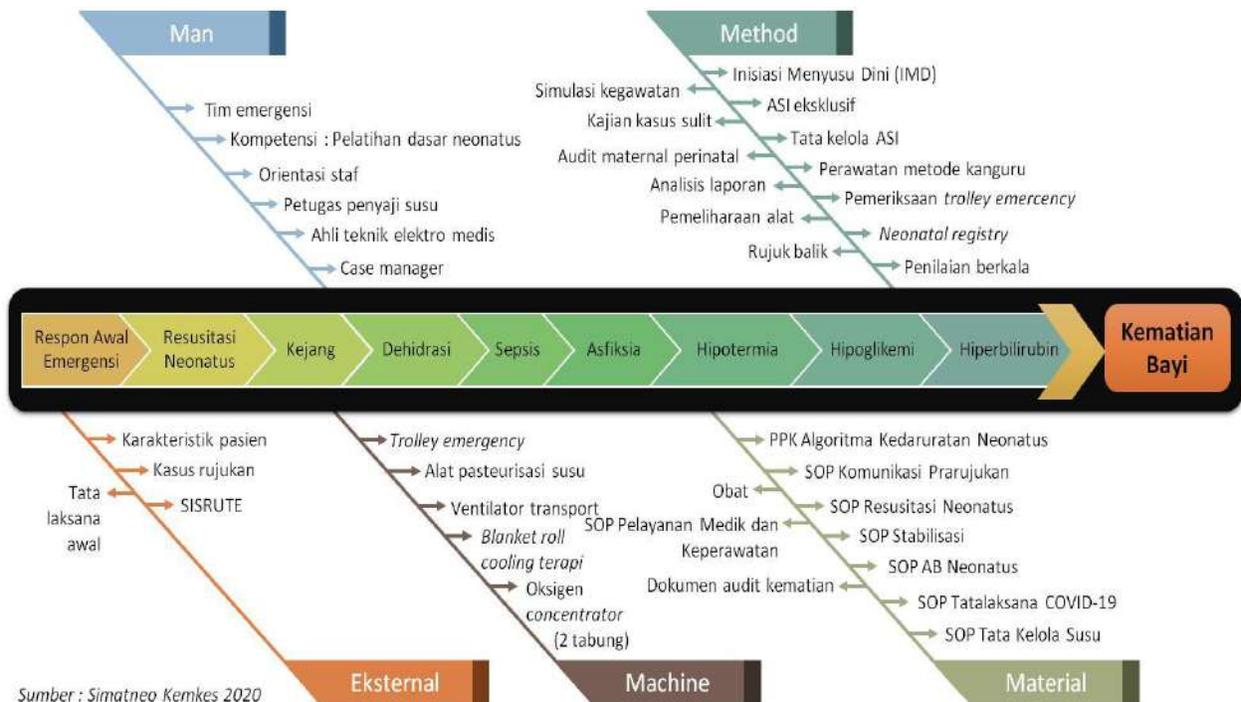
- Kondisi bayi saat masuk rumah sakit sudah dalam keadaan jelek/terminal, perlu dilakukan koordinasi dengan Tim PONEK terkait jumlah kematian bayi dan sebab kematian bayi untuk dijadikan evaluasi
- Optimalisasi pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana serta SDM untuk perawatan bayi baru lahir
- Faktor keadaan selama bayi dalam kandungan seperti status gizi ibu yang rendah, pemeriksaan selama masa kehamilan, komplikasi kehamilan, dan faktor pendidikan ibu.

- Penyebab terbesar kematian bayi di Rumah sakit adalah kematian bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan sepsis

Usulan Pemecahan Masalah:

- Melengkapi sarana dan prasarana untuk perawatan bayi yang lahir di RS
- Meningkatkan kompetensi SDM baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain untuk menunjang terselenggaranya pelayanan untuk perawatan bayi yang lahir di RS sesuai standar dan berkualitas terutama penanganan yang adekuat untuk BBLR.
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam pendampingan dan pengawasan melekat pada setiap ibu hamil di sekitar kader serta promosi kesehatan kepada ibu hamil dan ibu melahirkan terutama tentang informasi kesehatan selama kehamilan dan perawatan bayi.

Root Cause Analysis



Rencana Tindak Lanjut



4.c Tingkat Implementasi AHS UGM

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

Tabel 3.14 Tingkat Implementasi AHS UGM

Tingkat Implementasi AHS UGM	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	1	2,00	2	2,00	2	2	2	2
Capaian	120%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat Implementasi AHS UGM

= Merupakan jumlah kegiatan dalam harmonisasi integrasi program pendidikan, pelayanan dan penelitian rumah sakit jejaring AHS UGM (Implementasi AHS UGM menuju ke Jangka Menengah dan Jangka Panjang berupa Produk Harmonisasi antara lain renstra bersama, penelitian translasional bersama, workshop bersama dll)

Skor 1 = ≤ 1 produk harmonisasi bersama dlm 1th

Skor 2 = 2–3 produk harmonisasi bersama dlm 1th

Skor 3 = > 3 produk bersama dalam setahun

Indikator Tingkat Implementasi AHS UGM mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya dan target jangka menengah. Pada tahun 2022 telah terlaksana sebanyak 9

kegiatan implementasi AHS oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sehingga implementasi AHS telah mencapai skor 2.

Progres keterlibatan RSST dalam Kegiatan AHS UGM Tahun 2022:

1. Terlaksana kegiatan pembahasan RKT Tahap II Kluster AHS pada Rabu, 19 Januari 2022
2. Terlaksana kegiatan Puncak Acara RKT AHS Tahun 2022 pada 29 Januari 2022
3. Terlaksana kegiatan Webinar AHS UGM Kesiapan Sistem Kesehatan Regional DIY dalam Tata Laksana Infeksi Emerging: hepatitis Akut Berat yang Belum Diketahui Penyebabnya Pada Kamis 19 Mei 2022
4. Pada bulan Juni 2022 masih berproses tahap penyusunan Renstra AHS UGM 2022-2027 yang terbagi beberapa bidang,
5. Terlaksananya penyusunan video talent dalam rangka promosi kesehatan dan pemasaran bersama Tim AHS UGM dengan pembuatan video Hospital Traveller dan Profil RS Hi Dok.
6. Terlaksananya pelatihan penulisan ilmiah dan pengembangan data base penelitian RS jejaring AHS yang diikuti oleh beberapa dokter RSUP dr. Soeradji
7. Mengikuti Workshop Penelitian dan Big Data AHS UGM di Hotel Rich pada 13 dan 14 Desember 2022.
8. Mengikuti Penyusunan Renstra AHS UGM pada 16 s.d 17 Desember 2022 di Hotel Grand Rohan.
9. Ikut aktif dalam kegiatan Konser AHS UGM ke 4

Permasalahan:

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

Usul Pemecahan Masalah:

- Memaksimalkan Tim AHS RSST dalam koordinasi Tim AHS UGM
- Meningkatkan inovasi kegiatan AHS selanjutnya
- Meningkatkan koordinasi dan inovasi selama pandemi Covid-19.
- Mengembangkan database penelitian AHS dan RS Jejaring
- Mengikuti Hibah Damas Penelitian AHS UGM

Sasaran 5: Terwujudnya Tata Laksana Pembangunan Zona Integritas

Untuk mencapai sasaran terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas ada satu indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai percepatan reformasi birokrasi dalam rangka good governance.

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

Tabel 3.15 Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI

Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	85	90,95	87	87,49	85	91,48	85	91,48
Capaian	107%		101%		108%		108%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI

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

Tabel 3.16 Capaian *Assesment* Mandiri LKE Bulan Desember 2022

No	Indikator	Nilai Mandiri	Assesment
A. Faktor Pengungkit			
1. Pemenuhan			
1	Manajemen Perubahan	3,78	
2	Penataan Tata Laksana	3,25	
3	Penataan Sistem Manajemen SDM	4,69	
4	Akuntabilitas Kinerja	4,58	
5	Penguatan Pengawasan	7,41	
6	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	4,66	
Total Pemenuhan		28,37	
2. Reform			
1	Manajemen Perubahan	2,80	
2	Penataan Tata Laksana	3,50	
3	Penataan Sistem Manajemen SDM	4,25	
4	Akuntabilitas Kinerja	4,68	
5	Penguatan Pengawasan	7,50	
6	Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik	5,00	
Total Reform		27,73	
Total Pengungkit		56,10	
B. Faktor Hasil			
Pemerintah Yang Bersih Dan Bebas KKN			
1	Nilai Suvey Persepsi Korupsi	14,43	
2	Persentase temuan hasil pemeriksaan internal dan eksternal	5,00	
Kualitas Pelayanan Publik			
3	Nilai Persepsi Kualitas Pelayanan (Survei Eksternal)	15,95	
Total Hasil		35,38	
Nilai Evaluasi Reformasi Birokrasi		91,48	

Indikator Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya dan target jangka menengah.

Permasalahan:

- Pada tahun 2022 sudah dilakukan rangkaian evaluasi pembangunan Zona integritas oleh Tim Penilai Nasional (TPN) dan Menpan RB untuk seluruh kementerian dan RSUP dr. Soeradji

termasuk salah satu rumah sakit yang diusulkan untuk memperoleh predikat WBBM, akan tetapi untuk Kementerian Kesehatan belum ada yang memperoleh predikat WBBM

Usul Pemecahan Masalah:

- Perlu dilakukan evaluasi kembali program-program ZI yang telah disusun pada tahun 2022 sebagai dasar penyusunan program kerja ZI di tahun 2023 dan strategi menyiapkan kembali RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro meraih WBBM.
- Monev setiap bulan akan perkembangan ZI, bandingkan dengan rencana pembangunannya.

Sasaran 6: Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT

Untuk mencapai sasaran Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT ada empat indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah untuk mencapai tingkat kematangan IT atas proses layanan dan dukungan IT dalam berbagai proses layanan di rumah sakit. Dukungan sistem IT yang terintegrasi diseluruh unit pelayanan akan membantu mewujudkan pelayanan yang efektif dan efisien.

6.a Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

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

Tabel 3.17 Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	60	40,42	45	36	40	35,3	30	35,3
Capaian	120%		120%		112%		82%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

=Kumulatif waktu tunggu pasien sejak mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis / jumlah pasien yang diobservasi

Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya. Target waktu tunggu rawat jalan jangka menengah belum tercapai apabila dibandingkan dengan realisasi capaian tahun 2022.

Permasalahan:

- Masih diperbolehkan pasien mendaftar onsite sehingga pasien masuk di poliklinik IRJT bersamaan di pagi hari dan menambah kuota pasien yang sudah dijadwalkan datang sesuai jam.
- Definisi operasional WTRJ adalah waktu yang diperlukan dari pasien mendaftar sampai dilayani dokter, maka penumpukan pasien di waktu yang sama menyebabkan waktu tunggu pasien menjadi panjang.
- Masih berproses pengembangan E-Medical Record yang nantinya diharapkan bisa mempercepat alur pelayanan dan berdampak pada capaian WTRJ

Usul Pemecahan Masalah:

- Pendaftaran harus lewat WhatsApp dan berkas rekam medis telah disiapkan sehari sebelum pemeriksaan pengaturan kedatangan pasien.
- Pengaturan kedatangan pasien.
- Pengembangan E-Medical Record untuk mendukung kualitas pelayanan kepada pasien.

6.b Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)

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

Tabel 3.18 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)

Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*
	30	9,94	14	10,04	14	8,4	14	8,4
Capaian	120%		120%		120%		120%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)

= Rata-rata penyelesaian resep obat jadi (dalam menit)

Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ) mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya dan target jangka menengah.

Permasalahan:

- Resep masuk ke farmasi pada saat yang bersamaan dari seluruh poliklinik di IRJT
- Terjadi penumpukan resep pada tahap-tahap utama pelayanan resep, yaitu telaah dan billing resep, dispensing serta penyerahan obat.

Usul Pemecahan Masalah:

- Kebijakan terkait pengaturan jumlah pasien yang masuk ke poliklinik (untuk menghindari penumpukan pasien di ruangan)

6.c Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data

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

Tabel 3.19 Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data

Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
Big Data	1	1	1	1	2	2	3	2
Capaian	100%		100%		100%		67%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data

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

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

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

Indikator Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya. Target waktu tunggu rawat jalan jangka menengah belum tercapai apabila dibandingkan dengan realisasi capaian tahun 2022. Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data tercapai pada level 2 yaitu tersedianya modul aplikasi berbasis big data dengan kemampuan analisis data yang dapat digunakan sebagai pendukung keputusan.

6.d. Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)
Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu:

Tabel 3.20 Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)

Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
manajemen Rumah	3	3	3	3	4	4	5	4
Capaian	100%		100%		100%		80%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)

= Level 1 : SIMRS sudah diimplementasikan pada sebagian unit kerja dan belum terintegrasi
Level 2 : SIMRS sudah diimplementasikan secara terintegrasi pada sebagian unit kerja.
Level 3 : SIMRS sudah diimplementasikan secara terintegrasi pada seluruh unit kerja.
Level 4 : Digitalisasi pelayanan berbasis teknologi paperless sudah diimplementasikan serta serta mendukung kemudahan akses informasi secara mobile.
Level 5 : Rintisan smart hospital sudah dilaksanakan yang ditandai dengan implementasi aplikasi berbasis teknologi mobile, teknologi cloud computing, serta integrasi dengan alat medis.

Indikator Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS) mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya. Target waktu tunggu rawat jalan jangka menengah belum tercapai apabila dibandingkan dengan realisasi capaian tahun 2022. Tingkat Ketersediaan Informasi Berbasis Big Data tercapai pada level 4 yaitu Digitalisasi pelayanan berbasis teknologi paperless sudah diimplementasikan serta serta mendukung kemudahan akses informasi secara mobile.

Permasalahan:

- Keterbatasan sumber daya untuk pengembangan IT.
- Proses pengolahan data dibuat sesuai permintaan pengguna sehingga membutuhkan koordinasi yang efektif dengan PIC.

Usul Pemecahan Masalah:

- Memberikan kesempatan kepada pegawai IT untuk melanjutkan pendidikan dan mengikuti pelatihan dibidang IT
- Meningkatkan koordinasi antara pic program dengan tim IT agar segera dapat diproses lebih lanjut pengembangan IT RS.
- Pelatihan kemampuan karyawan dibidang IT.
- Sudah dilaksanakan rekrutmen programmer tambahan sebagai tim pengembang

Sasaran 7 : Terwujudnya Implementasi Green Hospital

Untuk mencapai sasaran terwujudnya sistem green hospital Kesehatan terintegrasi berbasis IT ada dua indikator yang ditetapkan. Sasaran dari indikator ini adalah Terwujudnya efektivitas dan efisiensi dalam proses bisnis *green hospital*

7.a. Efisiensi Pengelolaan Limbah Medis dengan pola 3R

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

Tabel 3.21 Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R

Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	13	14,82	14	20,91	14	18,05	15	18,05
Capaian	114%		149%		120%		120%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R

=Nilai Efisiensi dari pengelolaan limbah medis

(Efisiensi pengelolaan limbah medis dengan pola 3 R adalah kegiatan pengelolaan Limbah B3 medis yang dapat dilakukan dan dipertanggung jawabkan baik secara regulasi dan teknis dengan cara mengubah limbah yang semula merupakan limbah B3 menjadi limbah non B3 dengan menggunakan prosedur dan teknologi yang sesuai dengan ketentuan/ regulasi yang berlaku, yang selanjutnya limbah tersebut dapat dimanfaatkan sebagai produk daur ulang)

Indikator Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya dan target jangka menengah. Pengelolaan limbah B3 medis 3 R yang dilakukan terhadap limbah botol infus, bekas jerigen HD dan bekas kemasan B3 selama Tahun 2022 ada pengurangan limbah sebesar 18,05 % dari seluruh limbah B3 medis yang dihasilkan.

7.b. Pemanfaatan limbah/Sampah domestik

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

Tabel 3.22 Pemanfaatan limbah/Sampah domestik

Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	10	10,71	15	15,04	20	21,55	50	21,55
Capaian	107%		100%		108%		43%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Pemanfaatan limbah/Sampah domestik

= limbah/sampah domestik yang dimanfaatkan dibagi jumlah limbah/sampah domestik X 100%

Pemanfaatan limbah/Sampah domestik adalah upaya pemanfaatan kembali limbah/sampah domestik yang secara teknologi dapat dilaksanakan melalui 3 R mulai dari proses pemilahan sampai dengan limbah/sampah siap untuk di dikelola lebih lanjut terhadap jenis sampah domestik

Indikator Pemanfaatan limbah/Sampah domestik mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2022 maupun tahun-tahun sebelumnya dan target jangka menengah. Pengelolaan limbah untuk pembuatan kompos organik yang berasal dari sampah potongan daun dan perapian tanaman. Dari upaya pengelolaan tahun 2022 terjadi pengurangan sampah domestik organik sebesar 21,55% dari seluruh timbulan sampah domestik yang dihasilkan, dan digunakan untuk pupuk tanaman dan taman yang ada untuk mengemburkan tanah.

Permasalahan:

- Kerjasama dengan penyedia jasa pengolah limbah B3 khususnya infeksius sangat sulit, terbatas dan harganya tinggi.
- Program pengelolaan limbah domestik terpadu melalui pelaksanaan kegiatan bank sampah dan pembuatan komposting

belum dilaksanakan secara maksimal, pengelolaan limbah baru sebatas limbah potongan daun

Usul Pemecahan Masalah:

- Untuk Lelang Pekerjaan Pengelolaan Limbah B3 Fasyankes khususnya kategori limbah infeksius dilakukan lelang bersama rumah sakit Vertikal melalui Konsolidasi “Joglosemar”.
- Menerapkan Aspek-aspek Green Hospital di dalam Pembangunan fisik di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mulai dari perencanaan sampai pelaksanaan

Sasaran 8 : Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A

Untuk mencapai sasaran Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A ada 3 indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah terwujudnya layanan unggulan dan pengembangan RS Kelas A.

8.a. Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker

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

Tabel 3.23 Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker

Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	1,5	1,25	1,5	1,50	2	2	2	2
Capaian	83%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Pertumbuhan Jumlah Pasien Kanker

=Jumlah kunjungan Pasien Kanker pada tahun berjalan dibagi jumlah kunjungan pasien kanker pada tahun lalu
= $2458/1823 \times 100 = 134.83$ berada pada skor 2.

Kriteria skor:

$PPK \geq 1,1 = 2$

$1,00 \leq PPK < 1,10 = 1,5$

$0,95 \leq PPK < 1,00 = 1,25$

$0,90 \leq PPK < 0,95 = 1$

$0,85 \leq PPK < 0,90 = 0,5$

$PPK < 0,85 = 0$

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

Permasalahan:

- RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro telah menjadikan onkologi sebagai salah satu layanan unggulan, pelayanan kanker harus tuntas, yaitu mulai dari pencegahan, deteksi dini, diagnosis terapi, sampai dengan rehabilitasi dan pengobatan. RSST melakukan pelayanan kanker dengan SDM dokter spesialis yang masih terbatas: 2 dokter sub spesialis di bidang onkologi (Bedah Onkologi dan Onkologi Obstetri Ginekologi) serta 1 dokter spesialis penunjang pelayanan onkology (Radiologi Onkology)
- Support System pelayanan kanker belum tersedia lengkap di RSST seperti sarana pengobatan : Radioterapi, Layanan rehabilitasi mental.

Usulan Pemecahan Masalah:

- Melengkapi sarana dan prasarana untuk pelayanan kanker di RS.

- Mengupayakan keterpaduan pelayanan pasien kanker dengan menempatkan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan sarana penunjang dalam satu lokasi.
- Bekerjasama dengan Tim Promosi RS untuk sosialisasi terkait layanan kanker di RSST
- Kelompok keluarga dan penderita kanker untuk meningkatkan kesehatan mental keluarga dan penderita
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan kader kesehatan dalam upaya pencegahan penyakit kanker serta sosialisasi tentang gaya hidup sehat.

8.b. Prosentase Keberhasilan Menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

Tabel 3.24 Prosentase Keberhasilan Menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

Prosentase Keberhasilan Menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	55	59,26	55	45,36	55	48,75	55	48,75
Capaian	108%		82%		89%		89%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Prosentase Keberhasilan Menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

$$= \frac{(\text{Jumlah bayi BBLSR yang dirawat} - \text{jumlah pasien BBLSR meninggal})}{\text{Jumlah BBLSR yang dirawat pada periode yang sama}} \times 100\%$$

$$= \frac{(80-41)}{80} \times 100\% = 48,75\%$$

Indikator Prosentase Keberhasilan Menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) belum mencapai target yang ditetapkan pada tahun

2021, 2022 dan jangka menengah tahun 2024. Indikator ini tercapai pada tahun 2021 saja.

Permasalahan:

- BBSLR pada umumnya terjadi karena kelahiran tidak cukup bulan (prematuur) sehingga dibutuhkan kerjasama dengan pihak luar RS untuk penanganan secara komprehensif sejak sebelum kelahiran (masa kehamilan, selama persalinan hingga setelah lahir).
- Bayi dengan BBSLR membutuhkan penanganan khusus yang berbeda-beda selama berada di lingkungan rumah sakit, tergantung pada beberapa hal seperti: usia kehamilan saat bayi lahir, kondisi kesehatan, gejala yang dialami bayi, serta toleransi tubuh bayi terhadap obat dan prosedur medis tertentu. Penatalaksanaan BBSLR berfokus pada terapi suportif, yaitu pemberian nutrisi untuk mengejar target berat badan, mempertahankan suhu tubuh normal, dan menjaga kebersihan bayi untuk mencegah infeksi. Sehubungan dengan hal tersebut dibutuhkan sarana prasarana dan kompetensi SDM yang khusus pula
- BBSLR lama waktu perawatan yang dibutuhkan untuk mencapai derajat kesembuhan dan berat badan normal akan lebih lama dan banyak memerlukan effort/upaya baik dari pihak RS maupun keluarga bayi terutama ibu.
- Pemberian ASI bagi BBSLR adalah salah satu upaya yang bermanfaat untuk meningkatkan pertumbuhan tubuh serta penambahan berat badannya, namun terkadang ASI dari ibu BBSLR tidak keluar paska melahirkan sehingga diperlukan Donor ASI.
- Pencegahan merupakan tindakan terbaik untuk menghindari BBSLR, tetapi RS sangat terbatas ruang geraknya untuk mengakses dan memberi sosialisasi kepada ibu hamil terkait pencegahan terjadinya BBSLR, diperlukan koordinasi lintas sektoral untuk mencegah terjadinya BBSLR.

- Sarana dan prasarana masih proses pemenuhan kelengkapan perawatan BBLSR dan peningkatan kompetensi SDM yang menangani kasus BBLSR.

Usulan pemecahan masalah:

- Melengkapi sarana dan prasarana untuk pelayanan perawatan BBLSR di RS.
- Menerapkan metode kanguru, memberikan pelayanan kepada bayi sesuai standart, peningkatan sarana - prasarana perawatan dan peningkatan kompetensi SDM
- Membentuk kelompok Donor ASI untuk mendukung perawatan BBLSR
- Berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan untuk melibatkan Bidan dan kader kesehatan dalam upaya pencegahan terjadinya BBLSR dengan sosialisasi tentang perlunya asupan gizi ibu sebelum dan selama kehamilan, pemeriksaan rutin selama masa kehamilan dan gaya hidup sehat serta untuk pemantauan perkembangan BBLSR setelah paska rawat di RS.

8.c. Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis

Tabel 3.25 Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis

Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	1	1	1	2	1	1	1	1
Capaian	100%		120%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis:

= Jumlah layanan subspesialis baru yang dikembangkan setiap tahun

Indikator jumlah pengembangan pelayanan subspecialis sudah mencapai target yang ditetapkan setiap tahun yaitu bertambahnya 1 layanan subspecialis baru yang dikembangkan. Pada tahun 2020 layanan subspecialis baru yang dikembangkan adalah layanan onkologi, pengembangan layanan tahun 2021 adalah sub spesialis Psikiatri anak dan Penyakit Dalam konsultan hematoonkologi, dan pengembangan layanan tahun 2022 adalah subspecialis tumbuh kembang anak.

Permasalahan:

- Sebagian besar SDM dokter Subspecialis belum terpenuhi
- Masih terbatasnya dokter spesialis dan subspecialis
- Jumlah pasien dibanding dengan jumlah dokter masih mungkin dilayani dengan kondisi SDM yang ada.

Usul Pemecahan Masalah:

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

Sasaran 9: Terwujudnya Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Mengedepankan Mutu dan Keselamatan Pasien

Untuk mencapai sasaran terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien ada 5 indikator yang ditetapkan.

9.a. Kepatuhan Terhadap CP (Clinical Pathway)

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

Tabel 3.26 Kepatuhan Terhadap CP

Kepatuhan Terhadap CP	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	100	100	100	100	100	100	100	100
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Kepatuhan Terhadap CP:

= Jumlah CP yang diimplementasikan sesuai dengan SOP terintegrasi dalam Rekam Medik dan dievaluasi

1. Tercapainya / terlaksananya 5 CP nilai 100
2. Tercapainya / terlaksananya 4 CP nilai 80
3. Tercapainya / terlaksananya 3 CP nilai 60
4. Tercapainya / terlaksananya 2 CP nilai 40
5. Tercapainya / terlaksananya 1 CP nilai 20
6. Tidak tercapainya / terlaksananya CP nilai 0

Sasaran indikator ini adalah terwujudnya pelayanan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien yaitu terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis tepat serta penggunaan sumber daya yang efisien serta konsisten sehingga menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti. Capaian indikator CP tercapai 100% dari target tahun 2020 sampai dengan tahun 2022 dan juga jangka menengah tahun 2024. CP yang ditetapkan di Rumah Sakit dr. Soeradji Tirtonegoro ada 10 CP, akan tetapi hanya ada 5 CP yang diimplementasi dan dievaluasi karena 5 CP yang lain tidak ada kasus yang masuk.

Permasalahan:

- Masih adanya pengisian clinical pathway yang tidak lengkap dan tidak adanya keterangan penyebab ketidaksesuaian implementasi tindakan pada kasus dengan standar *clinical pathway* yang telah ditetapkan
- Jumlah sample untuk tiap CP yang dievaluasi masih sedikit.
- Perlunya menyusun regulasi alur yang jelas terkait data pasien yang masuk diagnosis CP.

Usulan Pemecahan masalah:

- Meningkatkan evaluasi terkait pengisian clinical pathway, evaluasi pada kasus-kasus yang rata-rata LOS sudah sesuai standar clinical pathway dilakukan pergantian kasus CP yang akan ditetapkan.
- Menambah jumlah sample tiap CP yang dievaluasi dengan memperbaiki alur data rekam medis yang masuk dalam penetapan CP.
- Segera menyusun regulasi tata kelola alur CP

9.b *Emergency Respon Time*

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

Tabel 3.27 *Emergency Respon Time*

Emergency Respon Time	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	≤8	1,80	≤8	1,25	<5	0,98	<5	0,98
Capaian	120%		120%		120%		120%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan *Emergency Respon Time*:

= Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan pasien sampai dilayani dokter / jumlah pasien yang disampling (minimal sampel 50 orang)

Capaian indikator emergency respon time tercapai 120% dari target yang ditetapkan pada tahun 2020, 2021, 2022 maupun terhadap target jangka menengah tahun 2024. Indikator emergency Respon time ini adalah indikator minimize, yaitu semakin kecil realisasi capaian maka akan semakin bagus hasil yang dicapai.

Upaya mempertahankan:

- Mengutamakan keselamatan pasien sesuai SOP mulai pasien datang hingga dilakukan treatment
- Mempertahankan rata-rata waktu tunggu pelayanan di IGD sehingga pasien segera masuk bangsal

9.c Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan Nasional dan Internasional

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

Tabel 3.28 Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan Nasional dan Internasional

Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan Nasional dan Internasional	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	26	26	29	33	32	40	39	40
Capaian	100%		114%		120%		103%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan Nasional dan Internasional:

= Jumlah Penelitian dipublikasikan pada tahun berjalan

Selaras dengan visi misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai RS pendidikan yaitu menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan ilmu bidang kesehatan dengan standar mutu yang tinggi

maka mengelola penelitian merupakan salah satu kegiatan yang menjadi tugas pokok RS. Dari tugas pokok tersebut diharapkan penelitian yang dilakukan dapat memberikan masukan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pengetahuan lain yang diperlukan untuk menunjang pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Capaian indikator jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional mencapai target dari tahun 2020, 2021, 2022 maupun terhadap jangka menengah tahun 2024.

Tabel 3.29 Rekapitulasi Publikasi Penelitian Tahun 2022

No	Nama Peneliti	Judul
JANUARI - FEBRUARI		
1	Nurtami, SST	Pengaruh Dekontaminasi dalam Menurunkan Angka Kuman di Ruang NICU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
2	dr. Wisnu Baskoro, Sp.BS	<i>Suboccipital Midline Approach with C1 Laminectomy and C2 Partial Laminectomy for Anterolateral Foramen Magnum Meningioma : A Case Report</i>
JANUARI - FEBRUARI		
3	dr. Kanina Sista, Sp.F	<i>Characteristics of deceased and quality of death certificates for cases subjected to Indonesia's management of the dead protocol for bodies with COVID-19</i>
4	dr. Samad, Sp.A(K)	<i>Safety and immunogenicity of human neonatal RV3 rotavirus vaccine (Bio Farma) in adults,</i>
5	Bagian Pendidikan dan Penelitian & Timkordik, antara lain: 1. dr. Hernawati Endriani, MPH 2. Agus Suharto, S.Kep., Ns 3. Agus Wahyudi, S.Kep.,Ns. 4. Listyo Riyono, S.Pd 5. Yanuar Trias Susanto, S.Pd	Survei Kepuasan Pasien atas Keterlibatan Peserta Didik dalam Pelayanan

No	Nama Peneliti	Judul
MARET		
6	Tri Purwanti	Kajian Pengelolaan Limbah B3 Non Medis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2021
7	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	Comparison of clinical outcomes between isolated ACL reconstruction and combined ACL with anterolateral ligament reconstruction: a systematic review and meta-analysis
APRIL		
8	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	Prosthetic joint infection of the hip and knee due to Mycobacterium species: A systematic review
9	Her Kurniawati	Analisis Biaya yang Hilang dari Sisa Makanan Pasien Covid-19 di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
10	Rumi Sariati	Faktor Risiko Terjadinya Retensi Placenta pada Persalinan Pervaginam: Case Control Study
11	Nurtami, SST, Ners	Pengaruh Pengetahuan terhadap Kepatuhan Dekontaminasi
12	Prof. Intansari Nurjanah, M.RN., PhD dan Tim RSST	Terapi Komplementer untuk Mengurangi Gejala Pernafasan
13	dr. Wisnu Baskoro, Sp.BS	Surgical Intervention Results in Traumatic Central Cord Syndrome : A Case Series
MEI		
14	Tim Vaksinator RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Gambaran KIPi Vaksinasi dosis 3 dengan Moderna di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro
15	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	An Update of Current Therapeutic Approach for Intervertebral Disc Degeneration : A Review Article
16	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	Hypoxia Effects in Intervertebral Disc-Derived Stem Cells and Discus Secretomes: An in vitro Study
JUNI		
17	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	Allogeneic Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cell Conditioned Medium (Secretome) for Treating Posterior Cruciate Ligament Rupture : A Prospective Single-arm Study
18	Intansari Nurjannah, Zakiah Novianti, Agus Suharto, Muhammad Yasir Sudarmo, Ki Hariyadi	Sujok as an alternative therapy to reduce dyspnea in patient with respiratory problem
19	dr. Wisnu Baskoro, Sp.BS	<i>Deleyed Surgery in Cauda Equina Syndromes : Case Series</i>

No	Nama Peneliti	Judul
20	Dinayawati, S.Si.	Optimalisasi Parameter CT-Scan Kepala Anak
JULI		
21	Agus Suharto, S.Kep., Ns.	Evaluasi Pengobatan Pasien TB di Masa Pandemi
22	Dedy Surya Irawan	Hubungan antara Tingkat Stress Kerja dengan Kejadian Burnout pada Perawat di Ruang Intensif Care RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2022
23	Suwarto	Analisis Pengaruh Pandemi Covid-19 terhadap Penyelesaian Piutang Pasien di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
AGUSTUS		
24	Eni Susilowati	Hubungan Fatigue dengan Kualitas Hidup Pasien Ca Mamae yang Menjalani kemoterapi di Bangsal Aster RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
25	Marnowo	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawatan dalam Pelaksanaan Hand Hyginene sebelum Tindakan Pembedahan di IBS RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
26	Utik Herawati	Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Kecemasan Pada Pasien Kateterisasi Jantung Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
27	Ardik Widiyanto	Hubungan Kemandirian Aktifitas dengan Konsep Diri pada Pasien Stroke di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2022
28	dr. Beta Ahlam Gizela, DFM, Sp.FM(K); dr. Kanina Sista, Sp.FK, M.Sc dan Tim	Child Abuse Cases : Compering Before and During The Covid-19 Pandemic
29	dr. Sholahudin Rhatomy, Sp.OT(K) Hip & Knee	Adductor Canal Block in Outpatient Clinic for Pain Control After Knee Arthroplasty : A Randomized Controlled, Clinical Trial
SEPTEMBER		
30	Abu Ahmadi	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kecemasan pada Pasien yang Akan Menjalani Endoskopi Gastrointestinal di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
31	Very Wijaya Pinilih	Analisa Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penerapan <i>Surgical Safety Checklist</i> di IBS RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
32	Retno Widyaswati	Pengaruh Re Edukasi APACHE II SCORE terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat ICU tentang Sistem Penilaian APACHE II di Ruang ICU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Nama Peneliti	Judul
32	Retno Widyaswati	Pengaruh Re Edukasi APACHE II SCORE terhadap Pengetahuan dan Sikap Perawat ICU tentang Sistem Penilaian APACHE II di Ruang ICU RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
33	Bayu Krisnanta	"Hubungan Waktu Tunggu Pasien Pulang dengan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Dahlia 3 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro"
34	Yulianti Puspitasari	Pengaruh Alih Baring pada Kejadian Pneumonia pada Pasien Post OP Craniotomi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
35	Tri Surani	Pengaruh Distraksi Melihat Video pada Tingkat Nyeri Anak Post Operasi
36	Umi Lestari	Efektifitas Metode Kangguru terhadap Suhu Tubuh Bayi BBLR
OKTOBER		
37	Mawar Lestari, S.Gz.	Pengaruh Pemberian Meal Tag Terhadap Sisa Makanan Pasien Kelas VIP - I Di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
NOVEMBER		
38	Dita Swandani	Hubungan Pengetahuan Orang Tua dengan Kepatuhan Membawa Transfusi Darah Pasien Thalasemia Anak di Ruang One Day Care (ODC) Thalasemia RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
DESEMBER		
39	Rini Yuni Astuti	Efektifitas Hipnoterapi Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Yang Menjalani Kemoterapi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
40	Umi Rahayu Widyasmara	Efektifitas Mobilisasi Dini terhadap Kemampuan Activity Daily Living pada Pasien Stroke Haemorigic di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Permasalahan:

- Publikasi penelitian membutuhkan waktu yang relatif lama.
- Masih perlunya peningkatan selektivitas proposal pra penelitian
- Belum optimalnya pemanfaatan hasil-hasil penelitian yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro bagi pengembangan layanan maupun keilmuan pada umumnya, baik di internal RSST maupun eksternal RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Usul Pemecahan Masalah:

- Melakukan sosialisasi kepada calon peneliti tentang rencana penelitiannya beserta SK bantuan peneliti.
- Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk membuat inovasi dan penelitian
- Melakukan sosialisasi program penelitian Tahun 2023
- Melakukan seleksi proposal penelitian
- Menyusun roadmap penelitian
- Melakukan presentasi pra penelitian agar menghasilkan penelitian yang bermutu serta menjaga mutudan keselamatan pasien.
- Melakukan kegiatan sosialisasi hasil penelitian.
- Meningkatkan minat dan budaya meneliti di kalangan karyawan dengan cara memberi kemudahan perijinan dan meninjau kembali kebijakan penelitian karyawan

9.d. Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik

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

Tabel 3.29 Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik

Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	skor 4	skor 4						
Capaian	100%		100%		100%		100%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik :

= Merupakan perbandingan antara jumlah dosen klinis dibandingkan dengan jumlah peserta didik

1 : > 11 skor 1

1 : 8 - 10 skor 2

1 : 6 - 7 skor 3

1 : 5 skor 4

Sasaran indikator ini adalah terwujudnya pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang berkualitas karena RS pendidikan adalah RS yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Capaian indikator rasio dosen klinis terhadap peserta didik tercapai 100% dari target yang ditetapkan tahun 2021, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024. Rasio itu terdiri dari rasio PPDS1, Rasio dokter muda, rasio keperawatan, rasio nakes lain yang rasio reratanya tercapai 1,417 (skor 4)

Permasalahan:

- Pihak pengiriman dokter muda oleh FKMK UGM seringkali tidak mengkomunikasikan terlebih dahulu untuk memperhitungkan kesesuaian rasio

Usul Pemecahan Masalah:

- Melakukan mapping secara rutin untuk memantau standar rasio yang ditetapkan.
- Dalam rangka menjaga mutu dan keselamatan pasien, pengaturan rasio peserta didik dibanding dosen pendidik dilakukan sesuai standar nasional akreditasi RS.

9.e. Tingkat Ketepatan Rujukan

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

Tabel 3.31 Tingkat Ketepatan Rujukan

Tingkat Ketepatan Rujukan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	85	94,64	90	100,00	95	97,44	95	97,44
Capaian	111%		111%		103%		103%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan tingkat ketepatan rujukan:

= Jumlah rujukan yang tepat pada satu periode dibagi Jumlah rujukan pada satu periode pengukuran x 100 %
 = $38/39 \times 100\% = 97,44\%$

Sasaran dari indikator ini adalah terwujudnya sistem rujukan pasien sesuai standar dan kelas RS berdasarkan Permenkes No.1/2012. Capaian indikator tingkat ketepatan rujukan tercapai melebihi target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024.

Permasalahan:

- Perlunya peningkatan kesiapan, komitmen, dan kemampuan para pegawai untuk menjadi rumah sakit rujukan nasional.
- Perlunya peningkatan kerja sama dengan pemberi pelayanan kesehatan
- Perlunya penguatan sistem rujukan vertikal, horizontal dan rujuk balik berbasis JKN dan permenkes Permenkes No.1/2012.

Usul Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan skill pegawai di front line agar pasien dapat ditangani semua.
- Memberikan pelatihan dan motivasi kepada karyawan sehingga komitmen para pegawai terhadap RS meningkat dan bisa memberikan pelayanan terbaik untuk pasien.
- Optimalisasi layanan kesehatan dengan pemenuhan sarana prasarana dan logistik, pemenuhan tenaga SDM yang berkualitas.

Sasaran 10: Terwujudnya Kepuasan Karyawan dan Publik

Untuk mencapai sasaran terwujudnya kepuasan karyawan dan publik ada 3 indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik dan untuk mengetahui tingkat kepuasan yang diberikan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

10.a. Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien.

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

Tabel 3.32 Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien

Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	80	80,90	80	80,19	80	80,93	80	80,93
Capaian	101%		100%		101%		101%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Tingkat Kepuasan Pelanggan / Pasien:

= Hasil Penilaian IKM dibagi Skala Maksimal Nilai IKM x Bobot

Unsur pelayanan yang dinilai meliputi persyaratan administrasi, kemudahan akses pelayanan, kecepatan waktu pelayanan, biaya/tarif, kesesuaian informasi pelayanan, kemampuan/ keterampilan petugas, sikap petugas, prosedur penanganan keluhan, kualitas kamar mandi, pelayanan parkir, ketersediaan kursi roda, dan kualitas ruang tunggu tercapai dengan total nilai IKM sebesar 80.93. Capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan/pasien mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024.

Permasalahan:

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

Pemecahan Masalah:

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

10.b. Tingkat Kepuasan Karyawan

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

Tabel 3.33 Tingkat Kepuasan Karyawan

Tingkat kepuasan karyawan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	82	91,10	82	91,03	85	87,2	85	87,2
Capaian	111%		111%		103%		103%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Tingkat kepuasan karyawan:

= Hasil Penilaian dibagi Skala Maksimal Nilai IKM x Bobot

Penilaian tingkat kepuasan karyawan dilakukan dengan menggunakan google form yang dibagikan kepada seluruh pegawai. Capaian indikator tingkat kepuasan karyawan mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024. Hasil tingkat kepuasan karyawan menurun dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

Permasalahan:

- Parameter dalam skala penilaian masih dirasakan belum memadai sehingga perlu dilakukan penyesuaian selanjutnya pengujian skala
- Tindak lanjut evaluasi kepuasan/hasil survei belum optimal
- Form untuk survey agar lebih komprehensif

Pemecahan Masalah:

- Dilakukan penyesuaian/validasi skala penilaian dan agar regulasi penilaian kepuasan dapat ditetapkan.
- Optimalisasi tindak lanjut hasil survey kepuasan pelanggan
- Melakukan penyesuaian form atau materi survey sesuai kebutuhan.

10.c Tingkat Kepuasan Peserta didik

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

Tabel 3.34 Tingkat Kepuasan Peserta didik

Tingkat Kepuasan Peserta didik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
	82	92,50	82	87,50	85	94,83	85	94,83
Capaian	113%		107%		112%		112%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Tingkat kepuasan peserta didik:

= Hasil Penilaian IKPD dibagi Skala Maksimal Nilai IKPD x 100%

Capaian indikator tingkat kepuasan karyawan mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024. Hasil tingkat kepuasan karyawan meningkat dibandingkan capaian tahun sebelumnya. Kepuasan peserta didik dapat dicapai apabila pelayanan yg diberikan sesuai atau melampaui harapan peserta didik

Upaya mempertahankan:

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

Sasaran 11 :Meningkatnya Pendapatan, Membaiknya Struktur dan Efisiensi Biaya

Untuk mencapai sasaran meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya ada dua indikator yang ditetapkan. Sasaran indikator ini adalah untuk menilai keefektifan operasional Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

11.a. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)

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

Tabel 3.35 Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)

Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*
	65	94,57	90	123,24	90	92,42	90	92,42
Capaian	145%		137%		103%		103%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO):

$$= \text{Pendapatan PNBPN dibagi Biaya Operasional} \times 100\%$$

$$= 274.731.398.848,- / 297.251.389.998 \times 100\% = 92,42\%$$

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

Permasalahan:

- Efisiensi biaya dan sumber daya perlu ditingkatkan lagi.

Usul Pemecahan Masalah:

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

11.b. Persentase Pemanfaatan Aset

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

Tabel 3.36 Persentase Pemanfaatan Aset

Persentase Pemanfaatan Aset	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*
	80	80,00	80	88,84	85	98,62	90	98,62
Capaian	100%		111%		116%		110%	

Capaian/kondisi yang dicapai :

Perhitungan Persentase Pemanfaatan Aset:

$$= [\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y) dibagi Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama tahun sebelumnya (Y-1) x 100\%]$$

$$= 1.028.675.722 / 1.043.106.774 \times 100\% = 98,62\%$$

Capaian Persentase Pemanfaatan Aset mencapai target yang ditetapkan tahun 2020, 2021, 2022 maupun target jangka menengah tahun 2024. Hasil Persentase Pemanfaatan Aset meningkat dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

1. Pengelolaan Aset digunakan untuk melihat perbandingan antara pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan terhadap Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama (tahun sebelumnya).
2. $\text{Pendapatan Pengelolaan Aset BLU} = \frac{\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang bersangkutan (Y)}}{\text{Pendapatan dari hasil pengelolaan Aset periode yang sama (Y-1)}} \times 100\%$

Sasaran 12: Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi

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

12. Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022 serta terhadap jangka menengah tahun 2024, yaitu:

Tabel 3.37 Prosentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Persentase Pemanfaatan Aset	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi*)
			60	20,91	70	49,37	100	49,37
Capaian			35%		71%		49%	

Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal:

= $\frac{\text{Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah kasus memiliki respon kurang dari 1 jam}} \div \text{jumlah total kasus yang ditindaklanjuti} \times 100\%$
 =49,37 %

Capaian Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal belum mencapai target yang ditetapkan tahun 2021, 2022 maupun

target jangka menengah tahun 2024. Hasil Persentase Pemanfaatan Asetmeningkat dibandingkan capaian tahun sebelumnya.

Permasalahan:

- Lonjakan pasien dan antrian pasien di IGD yang tinggi menyebabkan dokter tidak lagi memiliki waktu yang cukup segera merespon rujukan melalui SIRUTE
- Jumlah petugas yang memiliki user id terbatas (hanya 2 user id) mengakibatkan kendala ketika petugas akan merespon rujukan.
- Faskes mengirim rujukan melalui WA jaga IGD dan juga melalui aplikasi SISRUTE, kondisi yang sering terjadi rujukan melalui WA sudah direspon, dan sudah dilayani, tetapi pada aplikasi SISRUTE belum diproses.

Usul Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan koordinasi antara pelaksana SISRUTE agar persentase kasus yang direspons <1 jam dapat ditingkatkan
- Melaporkan secara rutin hasil pelaksanaan Aplikasi SISRUTE melalui Laporan Kinerja IGD sebagaimana tercantum dalam SK Dirut
- Telah terdapat kesepakatan antara Kepala IGD dan Kepala Instalasi Rekam Medik untuk mengalihkan respons rujukan dari dokter jaga kepada petugas rekam medik yang berjaga, sehingga harus ditingkatkan lagi koordinasi dan kontrol untuk dapat meningkatkan kinerja pelaksanaan SISRUTE
- Sesuai dengan data dalam Aplikasi SISRUTE terdapat 26 User ID aktif dari RSUP d. Soeradji Tirtonegoro, tidak diperlukan pengajuan User baru, akan tetapi diperlukan penataan User ID dengan mengganti User ID yang bukan petugas IGD/Rekam Medik dengan petugas IGD/Rekam Medik aktif

- Melaksanakan dengan disiplin SOP-AP Penerimaan Rujukan melalui SISRUITE yang sudah disepakati antara IGD dengan Instalasi Rekam Medik

A.4 Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian kinerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro tahun 2022 tidak terlepas dari tersedianya Sumber Daya yang ada baik sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan sumber daya sarana dan prasarana.

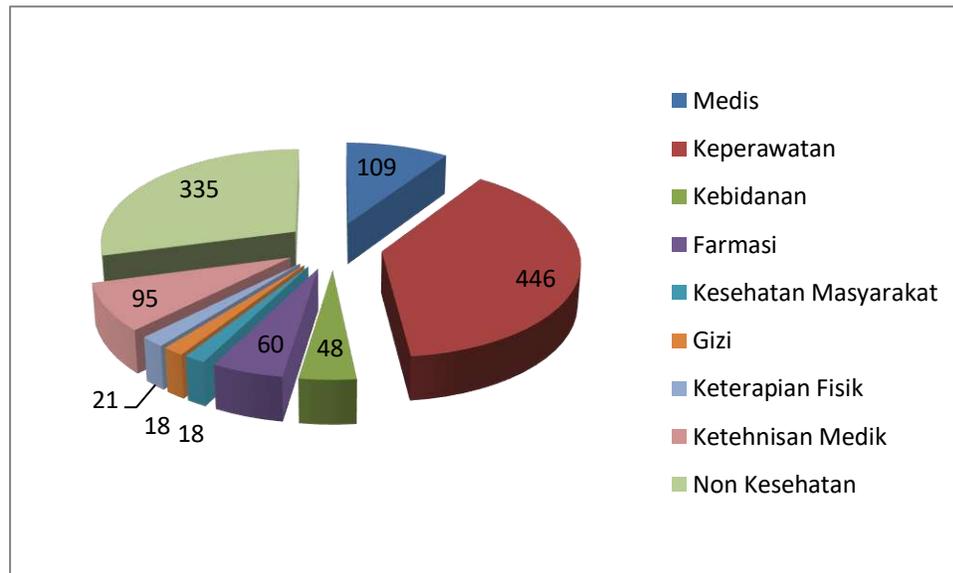
1. Sumber Daya Manusia

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sebagai instansi pemerintah yang ditetapkan sebagai instansi dengan pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum, bahwa sumber daya manusia (pegawai) yang dimiliki tidak hanya pegawai negeri sipil (PNS), tetapi juga pegawai non PNS/Badan Layanan Umum. Berikut kami sampaikan peta sumber daya manusia RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Klaten per 31 Desember 2022:

Tabel 3.38: Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan
(per 31 Des 2022)

No	Uraian	PNS	CPNS	PPPK	Kontrak	Dokter tamu	Jumlah
1	Medis	77	14	7	0	11	109
2	Keperawatan	320	42	83	1		446
3	Kebidanan	32	2	14	0		48
4	Farmasi	28	3	22	7		60
5	Kesehatan Masyarakat	11	0	7	0		18
6	Gizi	13	2	3	0		18
7	Keterapian Fisik	19	0	2	0		21
8	Ketehnisian Medik	61	7	19	8		95
9	Non Kesehatan	127	13	75	120		335
	Jumlah	688	83	232	136	11	1150

Grafik 3.1: Jumlah SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan



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

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

Rasionalisasi SDM dengan implementasi sinergis.

Tabel 3.39 Rasionalisasi SDM dengan implementasi sinergis.

No	Unit Kerja	Manual	IT	Efisiensi	Keterangan
1	Akuntansi Keuangan	15	13	2	2 mutasi, Efisiensi waktu pencatatan jurnal akuntansi, efisiensi biaya ATK
2	Ins. Rekam Medik	46	39	7	4 Pensiun, 3 mutase ke IRI, IRNA dan IRJT, Pendaftaran online, efisiensi waktu dan biaya ATK
3	Ins. Farmasi	15	12	3	2 pensiun dan 1 mengundurkan diri tidak diganti, Pembacaan resep dan cetak etiket obat, efisiensi waktu dan biaya ATK
4	Ins. Radiologi	2	2	0	Efisiensi waktu dan biaya ATK

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara adalah sebagai berikut:

BMN EKSTRAKOMTABLE		
Posisi Awal (1 Januari 2022)	: Rp	1.052.360.024,00
Penambahan	: Rp	53.909.233,00
Pengurangan	: Rp	<u>52.331.922,00</u>
Posisi Akhir (31 Desember 2022)	: Rp	1.053.937.335,00
BMN INTRAKOMTABLE		
Posisi Awal (1 Januari 2022)	: Rp	986.863.802.862,00
Penambahan	: Rp	139.932.688.569,00
Pengurangan	: Rp	<u>37.810.589.324,00</u>
Posisi Akhir (31 Desember 2022)	: Rp	1.088.985.902.107,00
BMN Gabungan INTRA dan EKSTRA		
Posisi Awal (1 Januari 2020)	: Rp	987.916.162.886,00
Penambahan	: Rp	139.986.597.802,00
Pengurangan	: Rp	<u>37.862.921.246,00</u>
Posisi Akhir (31 Desember 2022)	: Rp	1.090.039.839.442,00

3. Sumber Dana/Anggaran

Sumber dana/Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2022 berjumlah Rp.418.019.110.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp.118.223.683.000,- dan anggaran Badan Layanan Umum (BLU) Rp.299.795.427.000,-. Penyerapan tahun 2022 dari anggaran rupiah murni sebesar Rp 114.337.913.814,- atau 96.71%, penyerapan dari anggaran Badan Layanan Umum Rp.281.885.115.737,- atau 94,03%. Penyerapan tahun 2022 sebesar Rp.396.223.029.551,- atau 94,79% dari pagu.

4. Efisiensi

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

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

4.b Analisa Efisiensi secara kuantitatif

Selama kurun waktu satu tahun pelaksanaan anggaran, khususnya dalam pemenuhan sarana prasarana dilaksanakan oleh ULP melalui metode lelang LPSE, lelang cepat, e-catalog,

dan metode pengadaan lainnya. Adapun Efisiensi pengadaan barang dan jasa adalah sebagai berikut:

Tabel 3.40: Efisiensi pengadaan barang dan jasa

Metode Pemilihan	Nilai RAB	Nilai HPS	Nilai Kontrak	Efisiensi
Tender	44.943.069.041	43.910.376.924	41.223.069.664	2.687.307.260
E-Katalog	29.799.907.803	0	26.452.954.211	3.346.953.592
Pengadaan/ penunjukan langsung	22.555.399.863	21.078.026.541	19.713.868.184	1.364.158.357
Jumlah	97.298.376.707	64.988.403.465	87.389.892.059	7.398.419.209

A.6. Analisa Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan atau Kegagalan Pencapaian Indikator Kinerja

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

B. Realisasi Kinerja

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

Tabel 3.41. Tabel Alokasi dan Realisasi Menurut Sumber dan Jenis Belanja

No	BELANJA	TAHUN 2022			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
A	Rupiah Murni				
1	Gedung Pelayanan Katastrofik	26.017.394.000	25.418.815.426	598.578.574	97,70
2	Alat Kesehatan (PEN)	21.837.512.000	20.979.235.374	48.817.717.248	96,07
3	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	54.663.728.000	53.114.830.586	0	97,17
4	Langganan Daya dan Jasa	7.903.634.000	7.642.543.414	0	96,70
5	Operasional dan Pemeliharaan	7.801.415.000	7.182.489.014	432.250.000	92,07
	Jumlah Anggaran RM (1s/d 5)	118.223.683.000	114.337.913.814	3.885.769.186	96,71
B	Badan Layanan Umum				
1	Belanja Modal Gedung dan Bangunan-BLU	1.540.083.000	1.160.199.000	379.884.000	75,33
2	Belanja Modal Tanah-BLU	10.072.700.000	5.341.600.000	4.731.100.000	53,03
3	Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	9.578.774.000	9.561.746.246	17.027.754	99,82
4	Belanja Modal Peralatan dan Mesin BLU - Penanganan Pandemi Covid-19	8.152.655.000	8.150.088.433	2.566.567	99,97
5	Alat Kesehatan	18.608.672.000	18.128.150.956	480.521.044	97,42
6	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP	66.664.812.000	62.838.694.537	3.826.117.463	94,26
7	Pengadaan Perangkat Pengolah data dan Informasi RS	3.224.120.000	2.899.884.029	324.235.971	89,94
8	Bahan Makanan Pasien dan PDDT	6.481.738.000	5.846.262.826	635.475.174	90,20
9	Belanja Barang	1.532.341.000	1.062.445.757	469.895.243	69,33
10	Belanja Jasa	15.334.422.000	14.797.015.984	537.406.016	96,50
11	Belanja Pemeliharaan	4.955.243.000	4.513.403.589	441.839.411	91,08
12	Belanja Perjalanan	789.544.000	763.660.506	25.883.494	96,72
13	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	3.007.259.000	1.987.222.474	1.020.036.526	66,08

No	BELANJA	TAHUN 2022			%
		PAGU	REALISASI	SISA	
14	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi-BLU	4.456.458.000	3.987.379.614	469.078.386	89,47
15	Belanja Barang Persediaan BLU- Penanganan Pandemi Covid-19	250.000.000	226.233.663	23.766.337	90,49
16	Belanja Perjalanan BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	50.000.000	3.795.000	46.205.000	7,59
17	Dukungan Pelayanan Melalui Pihak Ketiga	25.038.860.000	24.669.806.979	369.053.021	98,53
18	Pengembangan SDM	5.238.583.000	4.341.246.264	897.336.736	82,87
19	Insentif Pelayanan	3.910.255.000	3.694.543.935	215.711.065	94,48
20	Sertifikasi Tanah	16.000.000	16.000.000	0	100,00
21	Pengawasan Konstruksi	92.336.000	92.335.074	926	100,00
22	Jaringan Gas Medis	127.672.000	127.671.300	700	100,00
23	Belanja Gaji dan Tunjangan	101.608.580.000	100.331.445.620	1.277.134.380	98,74
24	Belanja Modal Peralatan dan Mesin - BLU	760.000.000	760.000.000	0	100,00
25	Pengadaan Peralatan Non Medik	8.304.320.000	6.584.283.951	1.720.036.049	79,29
	Jumlah Anggaran BLU	299.795.427.000	281.885.115.737	17.910.311.263	94,03
	Jumlah Anggaran RM dan BLU (A s/d B)	418.019.110.000	396.223.029.551	21.796.080.449	94,79

Tabel 3.42. Rekapitulasi Penyerapan Anggaran RM dan BLU

Belanja:	Pagu Anggaran (Rp)	Realisasi Belanja (Rp)	% dari pagu
RM	118.223.683.000	114.337.913.814	96,71
Pegawai	54.663.728.000	53.114.830.586	97,17
Barang	15.705.049.000	14.825.032.428	94,40
Modal	47.854.906.000	46.398.050.800	96,96
BLU	299.795.427.000	281.885.115.737	94,03
Barang	239.672.329.000	229.316.820.695	95,68
Modal	60.123.098.000	52.568.295.042	87,43
Jumlah	418.019.110.000	396.223.029.551	94,79

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan

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

Tabel 4.1. Rekapitulasi Capaian Kinerja IKU RSB

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN							
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
2	Terbentuknya pola pikir (<i>mindset</i>) dan pola budaya (<i>culture set</i>) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan (IKI)	%	100	113,65	113,65%	Tercapai
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	90,56	120,00%	Tercapai
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	86,67	101,96%	Tercapai

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL							
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	<2	0,58	120,00%	Tercapai
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4,5	7,81	26,44%	Tidak tercapai
		Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2	2,00	100,00%	Tercapai
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	91,48	107,62%	Tercapai
6	Terwujudnya sistim informasi manajemen kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	40	35,3	111,75%	Tercapai
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14	8,40	120,00%	Tercapai
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2,00	100,00%	Tercapai
		Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Tingkat	4	4,00	100,00%	Tercapai
7	Terwujudnya Implementasi <i>green hospital</i>	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14	18,05	120,00%	Tercapai
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	20	21,55	107,75%	Tercapai
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	2	2,00	100,00%	Tercapai
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BLSR)	%	55	48,75	88,64%	Tidak Tercapai

No	SASARAN	Indikator Kinerja	Satuan	2022			Ket
				Target	Realisasi	Capaian	
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	layanan	1	1	100,00%	Tercapai
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100,00	100,00%	Tercapai
		Emergency Respon Time	menit	< 5	0,98	120,00%	Tercapai
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan nasional dan internasional	Penelitian	32	40	120,00%	Tercapai
		Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	4	4	100,00%	Tercapai
		Tingkat Ketepatan Rujukan	%	95	97,44	102,57%	Tercapai
PERSPEKTIF KONSUMEN							
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80,93	101,16%	Tercapai
		Tingkat kepuasan karyawan	%	85	87,20	102,59%	Tercapai
		Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	94,83	111,56%	Tercapai
PERSPEKTIF FINANSIAL							
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	92,42	102,69%	Tercapai
		Persentase pemanfaatan aset	%	85	98,62	116,02%	Tercapai
INDIKATOR WAJIB							
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	70	49,37	70,53%	Tidak Tercapai
Capaian Kinerja						102,74%	

Dari 31 indikator yang ada, tercapai sebanyak 28 indikator dan belum tercapai sebanyak 3 indikator. Prosentase capaian terhadap target sebesar 102,74%. Indikator yang belum tercapai pada tahun 2022 adalah sebagai berikut:

1. Angka kematian bayi di Rumah Sakit
2. Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)
3. Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

B. Saran dan Rencana Tindak Lanjut

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

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Penyusunan panduan alokasi, distribusi, dan analisa kebutuhan SDM berbasis kinerja kompetensi
3. Melengkapi sarana prasarana serta kompetensi SDM penunjang pengembangan layanan subspecialis.
4. Membangun sinergi antara Bidang Pelayanan dengan Instalasi Pemasaran dan Humas serta meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun di luar RS (Kabupaten Klaten dan sekitarnya).
5. Direktur USDM melakukan koordinasi untuk membangun kerjasama dengan FK UGM dan RSUP dr Sardjito dalam rangka memenuhi kebutuhan dokter subspecialis dan dokter spesialis.
6. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial
7. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang mengharuskan para tenaga medis untuk menjalankan pekerjaan

sesuai SPO yang ada guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

8. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
9. Meningkatkan perilaku kinerja pegawai dengan penilaian kinerja berbasis kinerja yang didukung dengan IT.



RSST

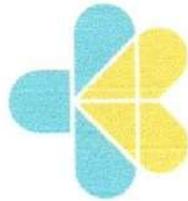
Tirtonegoro Klaten. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2022. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur Utama,



dr. Endang Widiaswati, M. Kes
NIP. 196402141990022001

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

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

Nama : dr. Endang Widyaswati, M. Kes

Jabatan : Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Desember 2021

Pihak Kedua,

dr. Endang Widyaswati

**Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS
NIP. 196205231989031001**

**dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001**

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN			
1.	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	100%
		Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	100%
2.	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	Hasil penilaian kinerja karyawan(IKI)	100%
		Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	72%
3.	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL			
4.	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	<2%
		Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	4,5%
		Tingkat implementasi AHS UGM	Skor 2
5.	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	85%
6.	Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Kesehatan terintegrasi berbasis IT	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	40 menit
		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	14 menit
		Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat 2

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Tingkat 4
7.	Terwujudnya implementasi <i>green hospital</i>	Efisiensi pengelolaan limbah medis dengan pola 3R	14%
		Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	20%
8.	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	Skor 2
		Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	55%
		Jumlah pengembangan pelayanan subspecialis	1 layanan
9.	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	Kepatuhan terhadap CP	100%
		Emergency Respon Time	<5 menit
		Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	32 penelitian
		Rasio dosen klinis terhadap peserta didik	Skor 4
		Tingkat ketepatan rujukan	95%
PERSPEKTIF KONSUMEN			
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	Tingkat kepuasan pelanggan / pasien	80%
		Tingkat kepuasan karyawan	85%
		Tingkat kepuasan peserta didik	85%
PERSPEKTIF FINANSIAL			
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	90%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		Persentase pemanfaatan aset	85%
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN
2. Program Dukungan Manajemen

Total

Anggaran

Rp 306.017.394.000,-

Rp 73.368.777.000,-

Rp 379.386.171.000,-

Pihak Kedua,

**Prof. dr. Abdul Kadir, Ph. D, Sp.THT-KL (K) MARS
NIP. 196205231989031001**

Jakarta, Desember 2021

Ap Pihak Pertama, *tk*

Wid
**dr. Endang Widyaswati, M.Kes
NIP 196402141990022001**

CAPAIAN INDIKATOR RSB TERHADAP TARGET TAHUN 2022
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	2022				
		2020-2024		Target	Realisasi	Capaian	Ket	
PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN								
1	Terealisasinya SDM yang berkualitas dan berdaya saing, berkomitmen, berintegritas, berkompeten dan berkinerja baik	1	Prosentase Kompetensi Tenaga Medis	%	100	100	100.00%	Tercapai
		2	Prosentase Kompetensi Tenaga Perawat	%	100	100	100.00%	Tercapai
		3	Prosentase Kompetensi Tenaga Kesehatan Lainnya	%	100	100	100.00%	Tercapai
		4	Prosentase Kompetensi Tenaga Non Medis	%	100	100	100.00%	Tercapai
2	Terbentuknya pola pikir (mindset) dan pola budaya (culture set) organisasi yang efektif	5	Hasil penilaian kinerja karyawan(IKI)	%	100	113.65	113.65%	Tercapai
		6	Tingkat implementasi tata kelola RS yang baik	%	72	90.56	120.00%	Tercapai
3	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah	7	Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)	%	85	86.67	101.96%	Tercapai
PERSPEKTIF PROSES BISNIS								
4	Terwujudnya tata kelola rumah sakit dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat	8	Angka kematian ibu di Rumah Sakit	%	< 2	0.58	120.00%	Tercapai
		9	Angka kematian Bayi di Rumah Sakit	%	4.5	7.81	26.44%	Tidak Tercapai
		10	Tingkat Implementasi AHS UGM	skor	2	2	100.00%	Tercapai
5	Terwujudnya tata laksana pembangunan zona integritas	11	Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI	%	85	91.48	107.62%	Tercapai
6	Terwujudnya Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Terintegrasi Berbasis IT	12	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	menit	40	35.3	111.75%	Tercapai
		13	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	menit	14	8.4	120.00%	Tercapai
		14	Tingkat ketersediaan informasi berbasis Big Data	Tingkat	2	2	100.00%	Tercapai
		15	Penyelenggaraan Sistem Informasi manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	Tingkat	4	4	100.00%	Tercapai
7	Terwujudnya Implementasi green hospital	16	Efisiensi Pengelolaan limbah Medis dengan Pola 3 R	%	14	18.05	120.00%	Tercapai
		17	Pemanfaatan limbah/Sampah domestik	%	20	21.55	107.75%	Tercapai
8	Terwujudnya layanan unggulan dalam pengembangan RS Kelas A	18	Pertumbuhan jumlah pasien kanker	skor	2	2	100.00%	Tercapai
		19	Prosentase keberhasilan menangani Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)	%	55	48.75	88.64%	Tidak Tercapai

SASARAN STRATEGIS 2020-2024	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) 2020-2024	SATUAN	2022				
				Target	Realisasi	Capaian	Ket	
	20	Jumlah Pengembangan Pelayanan Subspesialis	layanan	1	1	100.00%	Tercapai	
9	Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien	21	Kepatuhan terhadap CP	%	100	100	100.00%	Tercapai
		22	Emergency Respon Time	menit	< 5	0.98	120.00%	Tercapai
		23	Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional	Jumlah	32 penelitian	40	120.00%	Tercapai
		24	Rasio Dosen Klinis terhadap peserta didik	Skor	Skor 4	skor 4	100.00%	Tercapai
		25	Tingkat Ketepatan Rujukan	%	95	97.44	102.57%	Tercapai
PERSPEKTIF KONSUMEN								
10	Terwujudnya kepuasan karyawan dan publik	26	Tingkat Kepuasan pelanggan / Pasien	%	80	80.93	101.16%	Tercapai
		27	Tingkat kepuasan karyawan	%	85	87.2	102.59%	Tercapai
		28	Tingkat kepuasan peserta didik	%	85	94.83	111.56%	Tercapai
PERSPEKTIF FINANSIAL								
11	Meningkatnya pendapatan, membaiknya struktur dan efisiensi biaya	29	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (POBO)	%	90	92.42	102.69%	Tercapai
		30	Persentase Pemanfaatan Aset	%	85	98.62	116.02%	Tercapai
12	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	31	Prosentase Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	70	49.37	70.53%	Tidak Tercapai
Capaian Kinerja						102.74%		



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

TENTANG

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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya percepatan penyusunan laporan kinerja (LKj), perlu dibentuk Tim Penyusunan Laporan Kinerja di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
- b. bahwa pegawai yang identitasnya tercantum pada Lampiran Keputusan Direktur Utama ini dipandang mampu dan memenuhi syarat untuk ditunjuk sebagai Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 39 Tahun 2018 tentang Pedoman Akuntansi dan Penyusunan Laporan Keuangan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
5. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 220/PMK.05/2016 tentang Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/1/5650/2018 Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
7. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/IO/KES/PMDN/2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

MEMUTUSKAN:

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

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 25 Februari 2021



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

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

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


DIREKTUR UTAMA
ENDANG WIDYASWATI