

LAPORAN KINERJA (LKj)

2022

RSUP Dr. Sardjito

Jln. Kesehatan 1, Sekip Yogyakarta
Telp. (0274) 587333 Fax. (0274) 565639
www.sardjito.co.id
2023

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KINERJA (LKj) RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA TAHUN ANGGARAN 2022

DISAHKAN DI : YOGYAKARTA
PADA TANGGAL : JANUARI 2023

DIREKSI
RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA

Direktur Utama



dr. Eniarti, M.Sc., Sp.KJ, M.M.R.
NIP 196901102001122002

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan
Penunjang



Dr. dr. Sri Mulatsih, SpA (K), M.P.H
NIP 196611082005012001

Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian



drg. Nusati Ikawahju, M.Kes
NIP 196812071994032003

Direktur Keuangan dan BMN



Erwin Susanto, S.E
NIP 196504181994021001

Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum



Khadirin, S.I.P., M.A.R.S., M.H.
NIP 196911201988031001

TIM PENYUSUN

Pengarah

dr. Eniarti, M.Sc., Sp.KJ, M.M.R.
Direktur Utama
Dr. dr. Sri Mulatsih, SpA (K), M.P.H
Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
drg. Nusati Ikawahju, M.Kes
Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian
Khadirin, S.IP., M.A.R.S., M.H.
Direktur Perencanaan, Organisasi, dan Umum
Erwin Susanto, S.E
Direktur Keuangan dan BMN
Ika Yuli Astuti, S.E., CIAP., M.Acc
Kepala Satuan Pemeriksaan Intern

Ketua

Dr. Azis Sudarmo, BE, S.Sos, M.Si
Koordinator Kelompok Substansi Perencanaan dan Evaluasi

Sekretaris

drg. Elfi Rahmawati, M.P.H
Sub Koordinator Kelompok Sub Substansi Perencanaan Program
Susan Ananti, SKM, M.P.H
Sub Koordinator Kelompok Sub Substansi Evaluasi dan Pelaporan

Anggota

dr. Purjanto Tepo Utomo Sp.M (K); Sudiman, S.Kep., Ns, M.Kep; Endri Astuti, S.Kep., Ns, M.P.H; Nuvika Indriasari, S.E, M.M.,Ak.,CA; Mochammad Rochimul Umam, SE, Akt, M.Kes; Alit Iswahyudi, SE; dr. Muhammad Tri Saksono Darmawan Sp.A; Mustaqim, S.I.P, M.Si; Tri Wahyu Yulianto, SE; Banu Hermawan, S.H, M.H.Li.

Sekretariat

Dwi Prasetyaningsih, SE; Nuzul Khusna Hadiba, S. Kom; Muhammad Sadikin; Edi Prabowo

KATA PENGANTAR



Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas selesainya penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022. Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Sardjito merupakan "*self assessment*" serta menjadi satu kesatuan bagian dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang terdiri atas komponen RSB, Perjanjian Kinerja, Pengukuran Kinerja, Pengelolaan Data Kinerja, dan Pelaporan Kinerja. Seluruh komponen di atas telah dikerjakan oleh RS dalam kurun waktu satu tahun. Dengan demikian Laporan ini bentuk dari perwujudan Direktur Utama RS dalam menyampaikan hasil kinerja yang telah dilakukan kepada pimpinan.

Lebih lanjut Laporan Kinerja (LKj) ini juga merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada RSUP Dr. Sardjito selama tahun 2022. Kami berharap agar Laporan Kinerja (LKj) ini dapat memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai RSUP Dr. Sardjito dan selanjutnya sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi rumah sakit untuk meningkatkan kinerja dimasa mendatang.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Laporan Kinerja (LKj) ini. Kritik dan saran kami harapkan sebagai penyempurnaan Laporan Kinerja (LKj) yang akan datang.

Yogyakarta, Januari 2023
Direktur Utama
 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,


dr. Eniarti, M.Sc., Sp.KJ, M.M.R.
NIP 196901102001122002 

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
TIM PENYUSUN.....	iv
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUGAS DAN FUNGSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA	2
C. STRUKTUR ORGANISASI	3
D. SDM.....	3
E. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS.....	6
BAB II PERENCANAAN KINERJA	7
A. RENCANA STATEGI BISNIS	8
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	13
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI.....	13
B. REALISASI ANGGARAN	63
BAB IV PENUTUP	75

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1. Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2022	4
Tabel 1. 2. Data DPJP berdasarkan KSM Tahun 2022.....	5
Tabel 1. 3. Data Peserta Didik Tahun 2022	6
Tabel 2. 1. Indikator Perjanjian Kinerja Tahun 2022	9
Tabel 2. 2. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2022	10
Tabel 3. 1. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2022	13
Tabel 3. 2. Realisasi Indikator Angka Pembatan Operasi Tahun 2020-2022.....	17
Tabel 3. 3. Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2020-2022	19
Tabel 3. 4. Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	22
Tabel 3. 5. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) Tahun 2020-2022	26
Tabel 3. 6. Realisasi Indikator Jumlah <i>Translational Research (TR)</i>	28
Tabel 3. 7. Realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan Tahun 2020- 2022.....	32
Tabel 3. 8. Realisasi Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan Tahun 2020-2022.....	35
Tabel 3. 9. Data Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan	35
Tabel 3. 10. Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS	37
Tabel 3. 11. Hasil Perhitungan Persentase SDM Sesuai Standar RS Tipe A	37
Tabel 3. 12. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2022.....	45
Tabel 3. 13. Terlaksananya 20 Jam Pelatihan Per Karawan Berdasarkan Profesi	45
Tabel 3. 14. Realisasi indikator <i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i> Tahun 2020-2022	48
Tabel 3. 15. Realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) Tahun 2020-2022.....	54
Tabel 3. 16. Realisasi indikator Rasio Kas (Cash Ratio) Tahun 2020-2022.....	60
Tabel 3. 17. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2020-2022.....	62

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1. Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito	3
Gambar 1. 2. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2022.....	4
Gambar 3. 1. Tampilan <i>Server Data Warehouse</i>	56
Gambar 3. 2. Tampilan Contoh <i>Dashbord 1</i>	56
Gambar 3. 3. Tampilan Contoh <i>Dashbord 2</i>	57
Gambar 3. 4. Tampilan <i>user unterface aplikasi clinical research</i>	58
Gambar 3. 5. Penghargaan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2021 berlaku Januari 2022 – Januari 2025	64
Gambar 3. 6. Penghargaan Kepada FKRTL Dengan Nilai Pemanfaatan Dan Presentasi Kelengkapan Antrean Online Tertinggi Prov DIY.....	64
Gambar 3. 7. Penghargaan Indonesia <i>Wellness & Health Tourism Award I – 2022 Hospital Destination Of The Year</i>	64
Gambar 3. 8. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik Dengan Judul Inovasi Pembelajaran Ketramampilan Intervensi Nyeri Berbasis Aplikasi Gawai	65
Gambar 3. 9. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik Dengan Judul Inovasi Aplikasi Hemovigilance Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Transfusi Darah Untuk Kategori Inovasi Pelayanan Publik Yang Inklusif Dan Berkeadilan	65
Gambar 3. 10. Penghargaan 5 Peserta Terbaik Dalam Webinar Serian #1 Kegiatan Internalisasi Pilar Transformasi Kesehatan dan ASN Berakhlak	66
Gambar 3. 11. Penghargaan RS Kelas A dalam Implementasi Antrian <i>Online</i> Terbaik.....	66
Gambar 3. 12. Penghargaan Kompetisi <i>Call Center</i>	67
Gambar 3. 13. Penghargaan juara 1 Untuk Kategori “ <i>Quality and Patient Safety</i> ”, dengan Judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD	67
Gambar 3. 14. Penghargaan Excellence Award 2022 untuk kategori “ <i>Quality and Patient Safety</i> ”, dengan judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD dengan metode FMEA.....	68
Gambar 3. 15. Penghargaan Juara 3 Untuk Kategori “ <i>Healthcare Workers Wellbeing</i> ”, Dengan Judul Program Penapisan Dengan <i>Self Reporting Questionnaire</i>	68
Gambar 3. 16. Penghargaan <i>Go Green, Save The Planet</i>	69
Gambar 3. 17. Penghargaan sebagai Rumah Sakit yang Telah Memenuhi Persyaratan Kesehatan Lingkungan dengan Predikat “SANGAT BAIK”	69
Gambar 3. 18. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokter Spesialis.....	70
Gambar 3. 19. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokdiknis	70
Gambar 3. 20. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Bidan	71
Gambar 3. 21. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Tenaga Gizi	71
Gambar 3. 22. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Kesmas/Tenaga Promkes	72

Gambar 3. 23. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022	
Kategori Keterampilan Fisik.....	72
Gambar 3. 24. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022	
Kategori ATLM/ Teknik Biomedika.....	73
Gambar 3. 25. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022	
Kategori Tenaga Kesling.....	73
Gambar 3. 26. Penghargaan sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Terakreditasi	
Terbaik Kategori Rumah Sakit.....	74
Gambar 3. 27. Penghargaan Pelapor Gratifikasi Inspiratif Tingkat Staf.....	74
Gambar 3. 28. Penghargaan PKRS Award Tahun 2022.....	75

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggung jawaban kinerja Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito kepada Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa mendatang.

Tujuan rencana kerja RSUP Dr. Sardjito yang tercantum dalam RSB RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024 adalah :

- a. Mewujudkan pelayanan kesehatan yang prima berfokus pada pasien dengan cakupan pangsa pasar global
- b. Mewujudkan pendidikan bermartabat yang bersinergi dengan pelayanan dan pengabdian masyarakat
- c. Mewujudkan inovasi dan penelitian dalam berbagai bidang untuk mencapai pelayanan yang bermutu sejalan dengan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi
- d. Mewujudkan SDM yang berkarakter, berbudaya, berbudi pekerti luhur dan profesional untuk mewujudkan pelayanan yang unggul.

Sasaran Strategis yang ingin dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun ke depan adalah : (a) terwujudnya kepuasan *stakeholder*; (b) terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien; (c) terwujudnya tata kelola RS Pendidikan yang bermartabat; (d) terwujudnya layanan unggulan; (e) terwujudnya kemitraan dengan institusi lain/ masyarakat; (f) terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya; (g) tersedianya sarana prasarana RS yang memadai; (h) terwujudnya sistem IT terintegrasi di RS; (i) terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat.

Sasaran Strategis tersebut dijabarkan ke dalam 14 (empat belas) Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicator* (KPI) yang wajib dicapai setiap tahun sesuai dengan target yang telah ditetapkan serta dituangkan dalam bentuk Perjanjian Kinerja (PK) yang ditandatangani oleh Direktur Utama RS dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Berdasarkan realisasi terhadap 14 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai target yaitu “*Angka Kepuasan Peserta Didik*”, dan “*Rasio Kas (Cash Ratio)*”, sehingga capaian IKU/KPI RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 sebesar 85,71%.

Kendala dari realisasi indikator Angka Kepuasan Peserta Didik” disebabkan Pada tahun 2022 daftar pertanyaan sudah mengacu kepada Permenpan RB Nomor 14 tahun 2017 yang memuat 9 unsur SKM. Salah satu unsur “*Sarana dan Prasarana*” menjadi bagian dari pertanyaan di Kuesioner. Unsur ini dijabarkan ke dalam pertanyaan tempat parkir yang memang saat ini masih menjadi masalah di RSUP Dr. Sardjito. Kendala lainnya adalah birokrasi administrasi pengurusan kelulusan dan penelitian belum dapat dipantau secara *online* serta keterbatasan media komunikasi antara manajemen dan peserta didik. Langkah-langkah upaya solusi yang akan dilakukan untuk tahun berikutnya adalah:

- a) Menyampaikan hasil survey peserta didik termasuk keluhan ke jajaran Direksi secara periodik.
- b) Mengundang berbagai satuan kerja yang menjadi tujuan penelitian membahas pelaksanaan ijin penelitian.
- c) Menyusun SOP administrasi kelulusan dan melakukan sosialisasi
- d) Melakukan pertemuan koordinasi seperti sarasehan antara Direksi, Manajemen, dan peserta didik.
- e) Dibentuknya ikatan residen lintas prodi yang di SK oleh Direktur.

Kendala dari realisasi indikator “Rasio Kas (*Cash Ratio*)” adalah dari sisi kas dan setara kas sudah dilakukan optimalisasi *idle cash* berupa investasi jangka pendek namun di sisi kewajiban jangka pendek terdapat kenaikan nilai diatas proyeksi akhir tahun, adapun upaya yang akan dikerjakan adalah penguatan monitoring penerimaan barang dan pembayaran di akhir tahun oleh PPK.

.Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2022 Revisi ke-11 yang terbit pada tanggal 17 November Tahun 2022 sebesar Rp1.484.438.367.000,00. Realisasi penerimaan dan pendapatan sebesar Rp1.234.962.235.779 (83,19% dari target Rp1.484.438.367.000). Realisasi pengeluaran/ belanja sebesar Rp1.132.521.010.552 (76,29% dari target Rp1.484.438.367.000).

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Perbaikan *governance* dan sistem manajemen merupakan agenda penting dalam reformasi pemerintahan yang sedang dijalankan oleh pemerintah. Sistem manajemen pemerintahan yang berfokus pada peningkatan akuntabilitas dan sekaligus peningkatan kinerja yang berorientasi pada hasil (*outcome*) dikenal sebagai Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Sistem AKIP). Sistem AKIP diimplementasikan secara “*self assessment*” oleh masing – masing instansi pemerintah, ini berarti instansi pemerintah secara mandiri merencanakan, melaksanakan, mengukur, dan memantau kinerja serta melaporkannya kepada instansi yang lebih tinggi. Demikian yang diamanatkan dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Prinsip Sistem Akuntabilitas juga sejalan dengan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 yang dalam penjelasannya menyatakan bahwa untuk mewujudkan negara yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi, dan nepotisme, dalam undang – undang ini ditetapkan asas – asas umum penyelenggaraan negara yang meliputi asas kepastian hukum, asas tertib penyelenggaraan negara, asas kepentingan umum, asas keterbukaan, asas proporsionalitas, asas profesionalitas, dan asas akuntabilitas. Asas ini bermakna bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara.

Sebagai bagian dari instansi pemerintah, maka RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta juga memiliki kewajiban yang sama yaitu secara mandiri melakukan perencanaan, melaksanakan, mengukur, dan memantau kinerja serta melaporkan kepada atasan. Rencana yang disusun adalah Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024. Di dalam dokumen RSB memuat sasaran strategis, program kerja strategis, kegiatan prioritas dan Indikator Kinerja Utama/ *Key Performance Indicator* (KPI). Kegiatan prioritas dituangkan setiap tahun ke dalam dokumen rencana kinerja tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) dan akhirnya menjadi DIPA (Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran) dan

Rincian Kertas Kerja Satker atau RKA/KL. Sementara itu IKU/ KPI yang tercantum dalam RSB setiap tahunnya menjadi dasar Perjanjian Kerja (PK) antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Perjanjian Kinerja memuat berbagai target kinerja dan disusun dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil.

Target kinerja yang telah diperjanjikan tersebut beserta pelaksanaan kegiatan yang tercantum dalam RKA/KL berikut pembiayaannya wajib diukur dan dilaporkan setiap tahun sebagai wujud akuntabilitas serta dituangkan dalam bentuk Laporan Kinerja. Hal ini sesuai juga dengan amanat yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah; Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah; serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Pemerintah. Di sisi lain laporan kinerja ini juga sekaligus menjadi bahan evaluasi sebagai upaya meningkatkan kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta di masa yang akan datang.

B. TUGAS DAN FUNGSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA

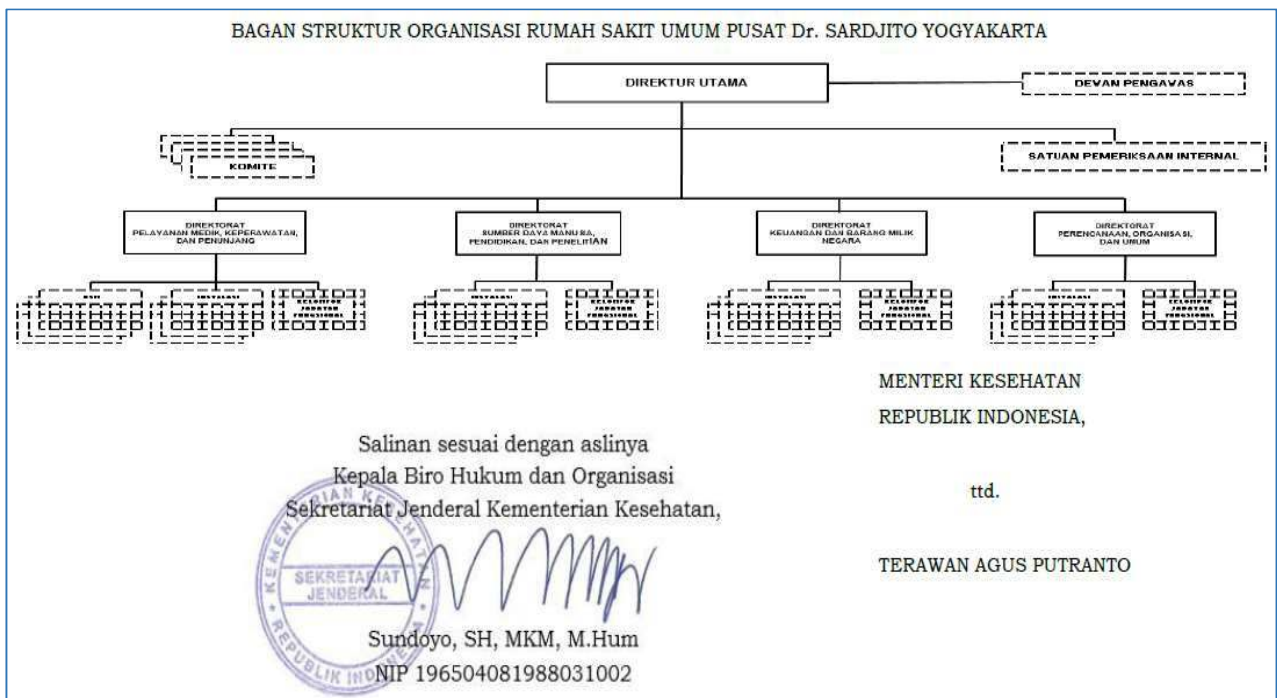
Peraturan Menteri Kesehatan No. 64 Tahun 2020, Pasal 3 menyatakan bahwa RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana Pasal 3, maka RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta menyelenggarakan fungsi :

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
3. Pengelolaan pelayanan keperawatan
4. Pengelolaan pelayanan nonmedis
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan
7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara
8. Pengelolaan layanan pengadaan barang/ jasa

9. Pengelolaan sumber daya manusia
10. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat
11. Pelaksanaan kerja sama
12. Pengelolaan sistem informasi
13. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan
14. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur organisasi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta berdasarkan Permenkes No. 64 Tahun 2020.



Gambar 1. 1. Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito

D. SDM

Dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai RS Pendidikan, RSUP Dr Sardjito antara lain didukung tenaga medis, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis, dan lain-lain, serta tenaga non kesehatan. Jumlah SDM di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta per 31 Desember

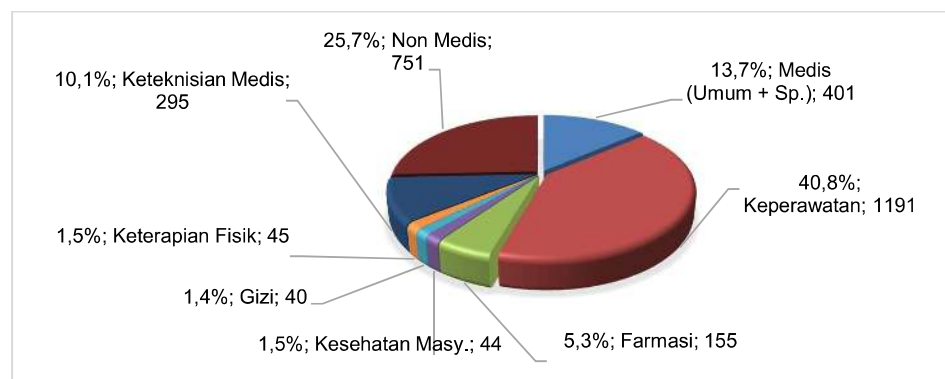
2022 yaitu 2.922 orang. Jumlah ini berarti mengalami penurunan sebanyak 6 orang atau 0,2% bila dibandingkan dengan kondisi tenaga pada akhir tahun 2021 yang berjumlah 2.928 orang. Rincian lebih lanjut mengenai komposisi tenaga RSUP Dr. Sardjito sebagai berikut :

a. Data SDM Berdasarkan Jenis/Kategori dan Status Ketenagaan

Jumlah keseluruhan tenaga kesehatan dan non kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2022 adalah 2.922 orang, dengan rincian sesuai Tabel 2.1. dan Gambar 2.2. di bawah ini.

Tabel 1. 1. Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2022

No	Jenis Ketenagaan	JENIS KEPEGAWAIAN							TOTAL
		KEMENKES		SK DEKAN	NON PNS				
		PNS	PPPK	FK	TETAP	KONTRAK	MITRA	PKWT	
1	Medis (Umum + Sp.)	231	0	121	2	0	47	0	401
2	Keperawatan	842	15	0	203	32	0	99	1.191
3	Farmasi	88	8	0	20	39	0	0	155
4	Kesehatan Masy.	38	0	0	5	1	0	0	44
5	Gizi	30	0	0	9	1	0	0	40
6	Keterapian Fisik	36	0	0	9	0	0	0	45
7	Keteknisian Medis	199	0	0	80	7	0	9	295
8	Non Medis	422	0	0	166	150	0	13	751
JUMLAH		1.886	23	121	494	230	47	121	2.922



Gambar 1. 2. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2022

Dari Tabel 2.1. dan Gambar 2.2. di atas nampak bahwa komposisi jenis ketenagaan terbanyak adalah tenaga keperawatan sebanyak 1.191 orang (40,8%) dan komposisi jenis ketenagaan paling sedikit adalah tenaga gizi 40 orang (1,4%).

b. Data Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Core bisnis RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta adalah pelayanan yang dilakukan oleh para dokter spesialis yang disebut DPJP. Pada Tahun 2022 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai 24 Kelompok Staf Medis (KSM) dengan total Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebanyak 396 orang yang terinci sesuai Tabel 2.2. di bawah ini.

Tabel 1. 2. Data DPJP berdasarkan KSM Tahun 2022

No.	Uraian	Dokter Umum / Gigi	Sp 1	Sp 2	Total
1.	KSM Kesehatan Anak		8	39	47
2.	KSM Dokter Umum	45			45
3.	KSM Penyakit Dalam		4	28	32
4.	KSM Kebidanan dan Kandungan		10	17	27
5.	KSM Bedah		5	19	24
6.	KSM Mata		9	13	22
7.	KSM Radiologi		10	12	22
8.	KSM Jantung		3	16	19
9.	KSM Saraf			19	19
10.	KSM Kulit dan Kelamin		4	14	18
11.	KSM Anestesi & Reanimasi		7	11	18
12.	KSM Patologi Klinik		5	12	17
13.	KSM Patologi Anatomi		3	9	12
14.	KSM THT-KL		2	9	11
15.	KSM Orthopedi dan Traumatologi		4	6	10
16.	KSM Rehabilitasi Medik		8		8
17.	KSM Jiwa		5	3	8
18.	KSM Penyakit Paru		3	5	8
19.	KSM Bedah Saraf		2	5	7
20.	KSM Bedah Urologi		1	5	6
21.	KSM Gigi & Mulut	1	5		6
22.	KSM Bedah Mulut		4		4
23.	KSM Geriatri			3	3
24.	KSM Kedokteran Forensik			3	3
	Total	46	102	248	396

Dari Tabel 2.2. di atas terlihat bahwa KSM Kesehatan Anak yang paling banyak mempunyai DPJP sebanyak 47 orang (11,87%) serta KSM Kedokteran Forensik, KSM Bedah Mulut dan KSM Geriatri yang paling sedikit mempunyai DPJP yaitu masing-masing sebanyak 3 orang (0,76%)

c. Data Peserta Program Pendidikan

Pada Tahun 2022 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah Sakit Pendidikan dalam pelaksanaan fungsi pendidikan dan penelitian menerima peserta didik sebanyak 2.209 orang peserta didik dengan rincian sesuai Tabel 2.3. di bawah ini.

Tabel 1. 3. Data Peserta Didik Tahun 2022

No	Peserta Didik	Jumlah
1	Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)	1.215
2	Program Pendidikan Subspesialis (Sp2)	106
3	Koas	601
4	Perawat (D3, D4)	179
5	Farmasi (S1, S2)	4
6	Ners	34
7	Dietisien (D3,D4,S1)	32
8	Rekam Medis (D3)	10
9	Fisioterapi, Ortotik Prostetik, Terapi Wicara (D3,D4)	16
10	Teknik Radiologi	2
11	Analisis Kesehatan (D3, D4)	5
12	Non Medis (Magister Psikologi)	5

E. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS

Pada tahun 2020 telah terjadi disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi COVID-19. Wabah COVID-19 memaksa pemerintah di seluruh dunia untuk menyesuaikan kebijakan sekaligus membangun konsep untuk perubahan cara hidup masyarakat, dengan melihat tantangan dan perubahan yang terjadi, maka RSUP Dr. Sardjito menetapkan strategi untuk mencapai tujuan finansial (*survival*), yaitu mengamankan penerimaan (*omset*), meningkatkan pemanfaatan

sumberdaya (sarana, prasana, alat kesehatan, SDM dan kekayaan intelektual (*optimalisasi asset*), serta mengurangi pemborosan operasional (*lean*).

Selain itu strategi bisnis disusun dengan mempertimbangkan kebijakan pemerintah seperti kebijakan tarif BPJS, kelas standar dan transformasi pelayanan kesehatan. Strategi yang direncanakan adalah menentukan fokus pelayanan yang akan dikembangkan (*regular dan privilege*), melakukan diferensiasi jenis layanan dilakukan secara aman, modernisasi layanan Back Office berbasis manajemen, didukung dengan pembentukan pusat- pusat pelayanan terpadu (*jantung, kanker serta otak dan vaskuler, ibu dan anak bantuan IsDB*) dan mengembangkan layanan unggulan yang dikemas dalam wadah *health tourism* seperti Pelayanan Infertilitas, *Medical Check Up* (MCU), Pelayanan Cangkok Ginjal, Pelayanan Estetika *Center*, Pelayanan *Eye Center*, Pelayanan *Delivery Suite / Maternity Service*, Pelayanan *Minimal Invasive Surgery* (MIS) dan Endoskopi.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGI BISNIS

Rencana Strategi Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020 – 2024 merupakan hasil diskusi manajemen puncak dengan *stakeholders* telah menetapkan visi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020 – 2024 adalah *“Rumah Sakit Berbudaya yang Unggul dalam Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian”*.

Untuk mewujudkan visi tersebut, maka telah ditetapkan misi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020 – 2024 adalah :

1. memberikan pelayanan kesehatan yang prima berfokus pada pasien dengan cakupan pangsa pasar global;
2. menyelenggarakan pendidikan bermartabat yang bersinergi dengan pelayanan dan pengabdian masyarakat;
3. mengembangkan inovasi dan penelitian dalam berbagai bidang untuk mencapai pelayanan yang bermutu sejalan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi; dan
4. meningkatkan SDM yang berkarakter, berbudaya, berbudi pekerti luhur dan profesional untuk mewujudkan pelayanan yang unggul.

RSB RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020-2024 sudah pernah revisi I pada tahun 2021 dan pada Tahun 2022 juga mengalami revisi kembali dikarenakan adanya perubahan regulasi dan perubahan kondisi yang mempengaruhi tugas pokok dan fungsi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Revisi RSB RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020-2024 yang dilaksanakan pada Tahun 2022 terdapat perubahan yang sebelumnya terdapat 15 indikator menjadi 14 indikator dengan menghilangkan indikator 2 indikator yaitu indikator *Nett Death Rate* dan indikator Jumlah kegiatan webinar serta menambah 1 indikator Angka Pembatalan Operasi dengan rincian sesuai **Tabel 2.1.** di bawah ini.

Tabel 2. 1. Indikator Perjanjian Kinerja Tahun 2022

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Standar	Target 2022
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Angka kepuasan pelanggan	$\geq 85\%$	85%
2	Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	2	Angka Pembatalan Operasi		3%
		3	Infeksi Daerah Operasi	$\leq 2\%$	1,9%
		4	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%	90%
3	Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat	5	Angka kepuasan peserta didik	$\geq 85\%$	85%
		6	Jumlah <i>Translational Research</i>	-	8 Dokumen
4	Terwujudnya layanan unggulan	7	Jumlah produk layanan yang dikembangkan	-	4 layanan
5	Terwujudnya kemitraan dengan institusi lain/ masyarakat	8	Frekuensi pertemuan koordinasi layanan	-	4 kegiatan
6	Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya	9	Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional	100%	90%
		10	Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	$> 60\%$	83%
7	Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai	11	<i>Overall Equipment Effectiveness (OEE)</i>	100%	95%
8	Terwujudnya sistem IT terintegrasi di RS	12	Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (terintegrasi)	100%	100%
9	Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat	13	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	$240 < \text{Kas Rasio} \leq 300$	240%
		14	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	$> 65\%$	97%

B. PERJANJIAN KINERJA

Dokumen usulan Perjanjian Kinerja Tahun 2022 RSUP Dr. Sardjito dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI disampaikan melalui surat Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor PR.01.05/XI.4/1937/2022 tanggal 28 Januari 2022. Bukti Kontrak Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sesuai Tabel 2.2. di bawah ini.

Tabel 2. 2. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2022

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA	
	
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. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R
Jabatan	: Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
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,	
✓ Pihak Kedua,	Pihak Pertama
	
Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS	dr. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R
NIP 196205231989031001	NIP 196901102001122002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	TERWUJUDNYA KEPUASAN STAKEHOLDER	1. Angka kepuasan pelanggan	85%
2.	TERWUJUDNYA PELAYANAN YANG BERMUTU DAN BERORIENTASI PADA KESELAMATAN PASIEN	2. Angka Pembatalan Operasi	3%
		3. Infeksi Daerah Operasi	1,9%
		4. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	90%
3.	TERWUJUDNYA TATA KELOLA RS PENDIDIKAN YANG BERMARTABAT	5. Angka kepuasan peserta didik	85%
		6. Jumlah Translational Research	8 dokumen
4.	TERWUJUDNYA LAYANAN UNGGULAN	7. Jumlah produk layanan yang dikembangkan	4 layanan
5.	TERWUJUDNYA KEMITRAAN DENGAN INSTITUSI LAIN/ MASYARAKAT	8. Frekuensi pertemuan koordinasi layanan	4 kegiatan
6.	TERWUJUDNYA SDM YANG PROFESIONAL DAN BERBUDAYA	9. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional	90%
		10. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	83%
7.	TERSEDIAANYA SARANA, PRASARANA, DAN ALAT YANG MEMADAI	11. Overall Equipment Effectiveness (OEE)	95%
8.	TERWUJUDNYA SISTEM IT TERINTEGRASI DI RS	12. Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (terintegrasi)	100%
9.	TERWUJUDNYA KONDISI KEUANGAN RS YANG SEHAT	13. Rasio Kas (Cash Ratio)	240%
		14. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)	97%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 1.328.129.960.000,00
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 130.292.588.000,00
Total	Rp. 1.458.422.548.000,00
Jakarta,	
Filial Kedua,   Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS NIP 196205231989031001	Filial Pertama,  dr. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R NIP 196901102001122002

Berdasarkan Tabel 2.2. di atas dijelaskan bahwa Total anggaran RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 sebesar Rp.1.458.422.548.000,00, sesuai DIPA Awal No. SP.DIPA-024.04.2.415582/2022 yang terbit tanggal 17 November 2021, pada perjalanan waktu selama Tahun 2022 DIPA RSUP Dr. Sardjito mengalami revisi sebanyak 11 kali sesuai No. SP.DIPA-024.04.2.415582/2022 yang terbit tanggal 16 Desember 2022 dengan total anggaran terakhir sebesar Rp. 1.484.438.367.000,00 yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp. 1.346.389.119.000,00 dan Program Dukungan Manajemen Rp. 138.049.248.000,00

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pada Tahun 2022 RSUP Dr. Sardjito telah menyelenggarakan penilaian terhadap 14 indikator yang ada dalam RSB RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020-2024 dengan hasil sebagai berikut :

1. Indikator Angka Kepuasan Pelanggan

a. Definisi Operasional Kepuasan Pelanggan :

Kepuasan Pasien/ Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pasien/ pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pasien/ pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pasien/ pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) untuk mengetahui tingkat kepuasan masyarakat dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik (PerMenPan dan RB RI Nomor 14 Tahun 2017)

b. Formula Indikator Angka Kepuasan Pelanggan:

$$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Angka kepuasan pelanggan terinci sesuai Tabel 3.1. dibawah ini.

Tabel 3. 1. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	≥ 85%	85%	86,06%	101,25%
2.	2021		85%	88,14%	103,69%
3.	2022		85%	87,17%	102,55%
4.	2023		88%		
5.	2024		90%		

Dari Tabel 3.1. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator angka kepuasan pasien sebesar 87,17% dengan target sebesar 85% sehingga capaiannya sebesar 102,55 %
- 2) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2022 lebih rendah dibanding realisasi Tahun 2021 namun lebih tinggi dibanding realisasi Tahun 2020
- 3) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2022 masih rendah dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024
- 4) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2022 lebih tinggi dibanding angka nasional
- 5) Analisis Penyebab Keberhasilan :
Penyebab keberhasilan indikator Angka Kepuasan Pelanggan diantaranya adalah :
 - a) Pengembangan teknologi pelayanan pendukung seperti : Pendaftaran *online*, TEKON, dan Layanan *Contact Center* 1500 705.
 - b) Telah dilakukannya *Customer satisfaction* secara berkala bagi internal rumah sakit terutama bagi tenaga yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien dan adanya layanan pelanggan yang siap membantu pelanggan bila mengalami kesulitan.
 - c) Memberikan akses kemudahan bagi masyarakat atau pasien untuk melakukan evaluasi atau menyampaikan keluhan, yaitu memberikan kontak pengaduan dengan nomor Hp. 08112750500 dalam *leaflet* serta poster ditempel pada papan strategis pelayanan dan melalui *link* pengaduan <https://pengaduan.sardjito.co.id/> dan menindaklanjuti pengaduan dengan cepat.
 - d) Memberikan kemudahan informasi tentang layanan rumah sakit dengan mencantumkan nomor PIC pada *e-leaflet* (misalnya untuk klinik kalimosodo dengan nomor Hp. 08562512960, layanan *fisiofit* 0811268953, layanan *homecare* Nomor Hp. 082242707070, dan sebagainya).

Whatsapp Bisnis *Live Chat* sebagai layanan informasi 24 jam di nomor 082127221303 dan 08112753005, kontak center 1500705.

- e) Survei kepuasan masyarakat sudah mempedomani PermenPAN-RB Nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat, dengan nilai SKM 87,17% (Mutu Pelayanan : B/ Baik).
- f) Sesuai dengan Permen PAN-RB di atas, maka hasil survei kepuasan masyarakat RSUP Dr. Sardjito sudah di informasikan kepada publik melalui website sardjito.co.id, ditempel di setiap ruang layanan, dashboard pendaftaran IRJ, dan sosial media melalui Instagram.
- g) Pengolahan data sudah dilakukan melalui komputer dengan menggunakan program *Ms Office (Excel)*.
- h) Hasil survei yang dilakukan sebagai masukan dari pelanggan disampaikan ke jajaran direksi dan ke satuan kerja terkait untuk perbaikan pelayanan.

6) Kendala

Pengumpulan data sudah menggunakan *google form* survei baik rawat inap maupun rawat jalan dengan cara pasien mengisi sendiri tanpa bantuan dari petugas. Daftar pertanyaan yang digunakan bersifat terstruktur (berisikan jawaban dengan pilihan berganda) dan tidak terstruktur (pertanyaan terbuka atau jawaban bebas, khusus untuk pertanyaan kritik dan saran). Di beberapa tempat layanan seperti PICU dan sub instalasi radioterapi dan kedokteran nuklir masih mengisi survei secara manual dikarenakan mengalami kendala jaringan internet.

Untuk besaran sampel dan populasi sudah menggunakan tabel dari Krejcie dan Morgan, namun di beberapa ruangan ukuran sampel belum memenuhi standar populasi.

7) Upaya Solusi

Untuk beberapa ruangan yang belum memenuhi syarat besaran sampel akan dilakukan koordinasi dengan satuan kerja agar selalu

mengingatkan agar penerima layanan (pasien) bersifat aktif untuk melakukan pengisian sendiri kuesioner yang sudah tercantum dalam *link google form*. Melakukan proses perbaikan dari setiap ruangan dari masukan pelanggan dalam waktu 24 jam *issue public* disampaikan. Sosialisasi rutin kepada seluruh satuan kerja setiap bulan terkait realisasi kepuasan pelanggan yang masih dibawah target/ standar dan satuan kerja yang belum memenuhi sampel minimal.

8) Efisiensi

Pelaksanaan survei secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless* walaupun masih ada beberapa yang menggunakan kertas (kuesioner) dan dilakukan secara mandiri internal rumah sakit.

2. Indikator Angka Pembatalan Operasi

a. Definisi Operasional Indikator Angka Pembatalan Operasi :

Angka Pembatalan Operasi adalah Persentase jumlah pembatalan operasi elektif yang disebabkan karena faktor non medis yang sudah dijadwalkan di kamar operasi selama 1 tahun dibandingkan dengan jumlah pasien yang telah direncanakan operasi dan telah dijadwalkan dikamar operasi dalam satu tahun.

b. Formula perhitungan Angka Pembatalan Operasi :

$$\frac{\text{Jumlah pembatalan operasi elektif yang disebabkan faktor non medis}}{\text{Jumlah operasi elektif yang telah direncanakan}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator angka pembatalan operasi sesuai Tabel 3.2. di bawah ini.

Tabel 3. 2. Realisasi Indikator Angka Pembatalan Operasi Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022	5%	3%	1,08%	164%
4.	2023		2,9%		
5.	2024		2,8%		

Dari Tabel 3.2. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator angka pembatalan operasi sebesar 1,08 % lebih baik dibandingkan dengan target dengan capaian sebesar 164%.
- 2) Indikator angka pembatalan operasi pada Tahun 2020 dan Tahun 2021 belum masuk dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- 3) Realisasi indikator angka pembatalan operasi Tahun 2022 lebih baik dibandingkan target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Realisasi indikator angka pembatalan operasi Tahun 2022 sudah lebih baik dibandingkan target nasional.
- 5) Analisis Penyebab Keberhasilan :

Hal – hal penyebab keberhasilan angka pembatalan operasi bisa sesuai target antara lain karena perbaikan dalam system penjadwalan operasi., Dalam system penjadwalan ini terintegrasi (dari poli, ruangan, farmasi dan kamar operasi) dalam persiapan pasien meliputi *implant*, BMHP/AMHP yang digunakan, ruangan paska operasi sehingga dapat meminimalkan pembatalan pasien yang sudah direncanakan operasi.

- 6) Kendala

Beberapa kendala pembatalan operasi yang disebabkan oleh faktor non medis seperti : belum tercukupinya ruang ICU/PICU paska operasi, Menunggu konferensi klinis dahulu, operator berhalangan/ sakit, Pasien minta pembiusan dengan general anestesi (GA), *Frozen section* sudah tutup, Tidak tersedia ruang

rawat inap, AC rusak, Kamar Operasi baru di desinfeksi, Ketidaktersediaan alat, Pasien makan, Operasi sebelumnya belum selesai, Operasi sudah terlalu malam, Antrian operasi Cito banyak, Pasien APS, Tidak ada ketersediaan darah, dan Pasien menolak tindakan operasi.

7) Efisiensi

a) Kebijakan operasi 24 jam

Tidak membatasi jam layanan operasi di IKBA yang sebelumnya terdapat kebijakan last cutting (operasi tidak dilakukan bila diperkirakan selesai melebihi jam 21.00)

b) Pendaftaran *online* operasi

Pendaftaran *online* dapat diakses 24 jam oleh semua pihak terkait sehingga memudahkan monev dan pelaporan

c) *Frozen section*

Adanya layanan *frozen section* di IKBA sehingga hasil pemeriksaan PA pasien dapat langsung diketahui dan dilakukan tindakan

8) Upaya solusi

a) Sosialisasi kepada DPJP untuk dapat menginformasikan lebih awal jika terjadi hambatan atau halangan mendadak sehingga bisa diupayakan operator pengganti yang sesuai.

b) Perbaiki sistem penjadwalan operasi sehingga persiapan operasi dapat dilakukan sejak dari poliklinik agar jika terjadi hal yang abnormal bisa ditangani terlebih dahulu sebelum dijadwalkan.

c) Upaya sistem penjadwalan ini juga akan mengurangi pembatalan karena ketidaktersediaan ruang rawat intensif yang dibutuhkan pasien pasca operasi.

d) Upaya inovasi lain akan terus diupayakan agar pembatalan operasi dapat dikurangi.

3. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

a. Definisi Operasional Infeksi Daerah Operasi (IDO) :

adalah Infeksi yang terjadi pada luka daerah operasi baik luka operasi bersih, bersih terkontaminasi maupun kotor, dengan ataupun tanpa hasil kultur dalam waktu 30 hari pasca operasi tanpa implan dan satu tahun dengan implan pasca bedah. Kriteria jika didapatkan salah satu dari sbb:

- 1) Pus keluar dari luka operasi atau *drain* dipasang di atas *fascia*,
- 2) Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara *aseptic*,
- 3) Luka operasi *dehisensi* secara spontan atau dibuka oleh ahli bedah
- 4) Demam dan/ atau terdapat nyeri lokal
- 5) Abses atau tanda infeksi yang langsung terlihat waktu pemeriksaan atau secara *histopathologis*.
- 6) Dokter menyatakan terjadi infeksi daerah operasi.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kasus IDO}}{\text{Jumlah kasus operasi}} \times 100\%$$

c. Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.3. di bawah ini.

Tabel 3. 3. Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	≤ 2%	2%	0,19%	190,5%
2.	2021		2%	0,08%	196%
3.	2022		1,9%	0,12%	193,68%
4.	2023		1,9%		
5.	2024		1,8%		

Dari Tabel 3.3. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi sebesar 0,12% lebih baik dibandingkan target sebesar 1,9% dengan capaian sebesar 193,68%.

- 2) Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2022 kurang baik dibandingkan realisasi Tahun 2021 namun lebih baik dibanding Tahun 2020.
- 3) Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2022 lebih baik dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024
- 4) Realisasi Indikator Infeksi Daerah Operasi Tahun 2022 sudah lebih baik dibandingkan standar nasional.
- 5) Pengambilan data untuk kejadian IDO di ruang rawat inap (bangsal bedah umum, bedah syaraf, bedah *orthopedic*, bedah urologi, bedah anak, THT, Mata, dan *Obsgyn*) serta di poliklinik (bedah, THT, mata, obsgyn).
- 6) Analisis Penyebab Keberhasilan :
 - a) Pemantauan dilakukan pada saat pasien kontrol di poliklinik dan dimonitor oleh DPJP/ residen, dan perawat kemudian melaporkan ke Komite PPI/ IPCN (*Infection Prevention Control Nurse*). Di samping itu, secara berkala IPCN mengunjungi poliklinik dan ruang rawat inap untuk berkoordinasi dan sekaligus melakukan monitoring dan evaluasi, tentang kejadian IDO baik di ruang rawat maupun di rawat jalan.
 - b) Monitoring kejadian IDO untuk pasien operasi tanpa implant selama satu bulan, sedangkan untuk pasien yang dipasang implant di monitor sampai dengan satu tahun pasca operasi.
 - c) Keberhasilan lain juga didukung oleh :
 - i. Operasi (elektif dan non elektif) yang sudah tepat waktu
 - ii. Penggunaan antibiotik sudah lebih tepat atau terkendali
 - iii. Waktu tunggu sebelum operasi (rawat inap) makin pendek
 - iv. Persiapan *pre* dan *durante* operasi yang sudah sesuai *bundle* IDO
 - v. Penatalaksanaan pasca operasi cenderung sudah optimal.

7) Kendala

Seiring dengan keberhasilan IDO yang terus dicapai, namun demikian tetap masih terdapat kendala yaitu pasien rujukan yang sudah dalam kondisi memburuk (misalnya bedah saraf, bedah jantung, bedah *orthopedic*, bedah digestif, bedah onkologi, bedah dan anak serta kasus *obsgyn*) dan pasien dengan geriatri sehingga menyebabkan risiko terjadinya IDO.

8) Upaya Solusi

Menyempurnakan proses pencanaan pasien operasi antara lain :

- a) Mematuhi SPO persiapan preoperasi baik di poliklinik maupun di bangsal,
- b) Mematuhi SPO durante operasi di kamar operasi dan post operasi di bangsal rawat inap.

9) Efisiensi.

Perbaiki proses perencanaan dan pelaksanaan pasien operasi untuk mengurangi angka IDO menghasilkan efisiensi dalam hal :

- a) Waktu pasien di kamar operasi lebih singkat.
- b) Waktu Pasien dirawat di bangsal sebelum dan sesudah operasi menjadi lebih singkat (mengurangi hari *opname* dikarenakan waktu tunggu operasi dan waktu pasien di bangsal sesudah operasi).

4. Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

- a. Definisi operasional adalah Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal :

Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.4. di bawah ini

Tabel 3. 4. Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021	50%	85%	97,88%	115,15%
3.	2022	70%	90%	97,35%	108,17%
4.	2023	85%	97%		
5.	2024	100%	100%		

Dari Tabel 3.4. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal sebesar 97,35 % lebih baik dibanding target sebesar 90% dengan capaian sebesar 108,17%.
- 2) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 kurang baik dibanding realisasi Tahun 2021, sedangkan pada Tahun 2020 indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- 3) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 sudah lebih baik dibandingkan dengan Target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 sudah lebih baik dibandingkan standar angka nasional Tahun 2020-2023.
- 5) Analisis Penyebab Keberhasilan :
Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi SISROUTE diantaranya adalah :
 - a) Sudah ada kebijakan berdasarkan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito No HK.02.03/XI.1/24056/2021 tentang Kebijakan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dan Tim Pengembangan SISROUTE berdasarkan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito No

HK.02.03/XI.2/24086/2021 tentang Pembentukan Tim Pelaksana dan Pengembangan SISROUTE di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

- b) Ada petugas khusus operator SISROUTE 24 jam di IGD, yaitu Petugas Pemantau Pelayanan Medis (P3M) yang diberi kewenangan untuk mengakses dan melakukan respon terhadap rujukan SISROUTE dan menindaklanjuti rujukan.

6) Kendala

Realisasi Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal sebenarnya sudah mencapai di atas ketentuan/ target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu melebihi 50% atau dengan realisasi 97,35%. Namun demikian untuk mencapai realisasi pada tahun 2024 sebesar 100%, masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- a) Sejak awal Tahun 2022 sampai dengan akhir Maret 2022 SISROUTE sedang dalam kondisi perbaikan sistem dari pusat sehingga tidak bisa digunakan.
- b) Adanya duplikasi permintaan rujukan yang sama dan sudah dijawab di permintaan awal.
- c) Pernah terjadi alarm notifikasi sisroute tidak berfungsi.
- d) *SISROUTE belum dapat memberikan informasi rumah sakit yang menerima pasien*

7) Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada awalnya sistem rujukan masih bersifat konvensional dengan memanfaatkan fasilitas komunikasi melalui telepon, saat ini sudah berbasis web sehingga semua informasi terkait kondisi pasien yang dirujuk dapat lebih mudah di akses/ terbaca di monitor (ke depan direncanakan dapat dilakukan telekonferensi/ *telemedicine* karena sudah ada menu di aplikasi serta sudah ada *GPS tracker* untuk mengetahui pasien saat dalam transportasi menggunakan ambulance).

Dengan sistem IT yang seperti ini, di samping terjadi efektifitas dan efisiensi juga lebih menjamin *patient safety* yang akan dirujuk

ke rumah sakit. Di sisi lain dengan sudah diketahuinya secara jelas kondisi pasien dan sebagainya, maka rumah sakit sudah dapat mempersiapkan segala fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien termasuk SDM/ DPJP (bisa langsung dilakukan tindakan).

8) Upaya Solusi

- 1) Meningkatkan frekuensi dan rutinitas pertemuan koordinasi dan evaluasi Evaluasi Kerja sama Sistem Rujukan dengan Rumah Sakit Jejaring
- 2) Manajemen Rumah sakit mengirimkan surat ke Pengelola system rujukan Kementerian Kesehatan untuk mengusulkan penambahan pada aplikasi Sisrute.
 - a) Fasilitas percakapan 2 arah
 - b) Penambahan fasilitas menu pilihan kategori rujukan pasien yang sedang diproses seperti :
 - i. Langsung diterima
 - ii. Ditolak
 - iii. Menunggu kelengkapan dokumen
 - iv. Diterima bila ada ruang keperawatan yang tersedia
 - c) Rumah sakit yang dirujuk bisa mengetahui bahwa pasien sudah diterima di rumah sakit rujukan yang lain.
 - d) Melengkapi kategori alasan merujuk pasien dengan opsi *checklist* untuk mempermudah dalam pengelolaan, monitoring dan evaluasi.

5. Indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD)

- a. Definisi Operasional Indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) adalah :

Angka yang diperoleh dari hasil survey kepuasan peserta didik paska pendidikan/ praktik dengan menggunakan kuisioner proses pendidikan/ praktik.

Pada tahun 2022 dilakukan penyempurnaan daftar pertanyaan sudah mengacu kepada Permenpan RB Nomor 14 tahun 2017 yang memuat 9 unsur SKM meliputi :

- 1) Persyaratan
Persyaratan adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif.
- 2) Sistem, Mekanisme, dan Prosedur
Prosedur adalah tata cara pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan, termasuk pengaduan.
- 3) Waktu Penyelesaian
Waktu Penyelesaian adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan.
- 4) Biaya/Tarif
Biaya/Tarif adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan/atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat.
- 5) Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan
Produk spesifikasi jenis pelayanan adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan.
- 6) Kompetensi Pelaksana
Kompetensi Pelaksana adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan, keahlian, keterampilan, dan pengalaman.
- 7) Perilaku Pelaksana
Perilaku Pelaksana adalah sikap petugas dalam memberikan pelayanan.
- 8) Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan
Penanganan pengaduan, saran dan masukan, adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut.
- 9) Sarana dan prasarana
Sarana adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. Prasarana adalah segala

sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses (usaha, pembangunan, proyek). Sarana digunakan untuk benda yang bergerak (komputer, mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung).

b. Formula

$$\frac{\text{Jumlah peserta didik yang mengisi kuisioner paska pendidikan atau praktik yang mengisi puas, cukup puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah peserta didik yang mengisi kuisioner paska pendidikan}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.5. di bawah ini.

Tabel 3. 5. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	≥ 85%	86%	100%	116,28%
2.	2021		87%	80,03%	91,99%
3.	2022		85%	82,97%	97,61%
4.	2023		89%		
5.	2024		90%		

Dari Tabel 3.5. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) lebih baik dibanding target Tahun 2022.
- 2) Realisasi indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) tahun 2022 lebih baik dibanding Tahun 2021.
- 3) Realisasi indikator Angka Kepuasan Peserta Didik (AKPD) Tahun 2022 masih kurang dibandingkan dengan target Tahun 2023 dan Tahun 2024.

4) Analisis Penyebab Kegagalan

Salah satu unsur “*Sarana dan Prasarana*” dijabarkan ke dalam pertanyaan tempat parkir yang memang saat ini masih menjadi masalah di RSUP Dr. Sardjito. Kendala lainnya adalah birokrasi administrasi pengurusan kelulusan dan penelitian belum dapat dipantau secara *online* serta keterbatasan media komunikasi antara manajemen dan peserta didik.

5) Upaya Solusi

Upaya solusi yang akan dilakukan untuk tahun berikutnya adalah:

- a) Menyampaikan hasil survey peserta didik termasuk keluhan ke jajaran Direksi secara periodik.
- b) Mengundang berbagai satuan kerja yang menjadi tujuan penelitian membahas pelaksanaan ijin penelitian.
- c) Menyusun SOP administrasi kelulusan dan melakukan sosialisasi
- d) Melakukan pertemuan koordinasi seperti sarasehan antara Direksi, Manajemen, dan peserta didik.
- e) Dibentuknya ikatan residen lintas prodi yang di SK oleh Direktur.

6) Efisiensi

Upaya efisiensi dilakukan pengisian kuisisioner secara *online* melalui *website* <http://bit.ly/survei.pesertadidik> dengan obyek semua peserta didik, sehingga sudah bersifat *paperless*. Link ini terkoneksi dengan Bagian Hukormas yang sekaligus melakukan analisa dan pengolahan data.

6. Indikator Jumlah *Translational Research (TR)*

a. Definisi operasional Indikator Jumlah *Translational Research (TR)*

Translational Research (TR) adalah upaya untuk menerapkan penelitian ilmiah dasar untuk menciptakan terapi, prosedur ataupun diagnostik medis dalam implementasi pelayanan. Umumnya merupakan penelitian dengan objek manusia (*from bench to bedside*). *Translational Research/* penelitian translasi terdiri atas:

1) T1:

Mentransfer hasil pemahaman baru mengenai mekanisme penyakit yang diperoleh dari penelitian laboratorium menjadi pengembangan suatu metode baru untuk diagnosis, terapi dan pencegahan dan uji pertamanya pada manusia.

2) T2:

Penerjemahan hasil dari studi klinis ke praktek klinis dan pengambilan keputusan sehari - hari.

b. Formula :

Jumlah dokumen *translational research*

c. Realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.6. di bawah ini.

Tabel 3. 6. Realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	5 dokumen	6 dokumen	20 dokumen	333,33%
2.	2021		7 dokumen	14 dokumen	200%
3.	2022		8 dokumen	9 dokumen	112,5%
4.	2023		9 dokumen		
5.	2024		10 dokumen		

Dari Tabel 3.6. dapat dijelaskan bahwa :

1. Pada Tahun 2022 realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* sebanyak 9 dokumen lebih tinggi dibandingkan target sebanyak 8 dokumen dengan capaian sebesar 112,5%.

Judul Penelitian yang dilakukan pada Tahun 2022 sebagai berikut:

- a) Substitusi *Indocyanine Green Angiography (ICGA) Diagnosis Polypoidal Choroidal Vasculopathy (PCV)* Menggunakan Marka Genetik dan *Proteomik* FGD6. Tujuan penelitian ini adalah ini untuk melakukan skrining marka genomik pasien PCV di Indonesia untuk deteksi dini dan pengembangan IVD substitusi dari ICGA. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menurunkan angka penderita stadium akhir (late; neovascular) PCV di Indonesia di masa depan.
- b) Pengaruh Pemberian *Oral Nutritional Supplement (ONS)* Berbasis Pangan Lokal yang Mengandung *Immunonutrient* Berupa *Antosianin* dan Omega - 3 Terhadap Status Gizi dan Respon Inflamasi Pasien Kanker Kepala dan Leher Yang Mendapat Radioterapi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui dan menganalisis atau mengkaji pengaruh pemberian ONS berbasis pangan lokal yang mengandung immunonutrien (omega-3 dan antosianin) terhadap status gizi dan respon

inflamasi pasien kanker kepala dan leher yang mendapat radioterapi.

- c) Uji Klinik Fase I/II Transplantasi Sel Punca *Mesenkimal Ototologus* Asal Sumsum Tulang dan *Alogenik* Asal *Wharton's Jelly* sebagai Terapi *Osteoarthritis* Lutut, terapi berbasis sel dengan memanfaatkan sel punca mesenkimal (*mesenchymal stem cell/ MSC*) memiliki potensi diferensiasi kondrogenik, mampu menginduksi proliferasi kondrosit, dan meningkatkan sintesis matriks protein yang mencakup *aggrecan* dan kolagen tipe II. Efektivitas dalam meregenerasi fungsi lapisan kartilago sendi telah terbukti, baik pada hewan coba maupun manusia. Sumber *MSC otologus* unggul dalam hal minimalnya kemungkinan penolakan oleh sistem imun.
- d) *Novation-1: A Randomized, Double - Blind, Placebo-Controlled, Phase III Study to Evaluate the Safety and Efficacy of Aerosolized Novaferon + SOC vs. Placebo + SOC in Hospitalized Adult Patients with Moderate to Severe Covid -19*
- e) Deteksi *Volatile Organic Compound (Voc)* Menggunakan *Electronic Nose* Sebagai Modalitas *Skrining Kanker Serviks* Berbasis *Artificial Intelligence (AI)*. Manfaat skrining kanker serviks dapat mendeteksi infeksi HPV sebelum berkembang menjadi keganasan sehingga mampu menurunkan insidensi dan mortalitas Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi volatile organic compound (VOC) pada sampel urin pasien kanker serviks, pasien dengan lesi prakanker serviks, pasien dengan infeksi HPV persisten, serta pasien kontrol tanpa infeksi HPV.
- f) Efektivitas Dan Mekanisme *Body Lotion* Yang Diperkaya Provitamin D3 Untuk Menurunkan Intensitas *Pruritus* Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Rutin. Dari penelitian ini tidak ditemukan adverse event pada 16 orang subjek penelitian.
- g) *Dolutegravir dan Darunavir Evaluation in Adults Failing Therapy (D2EFT)*

- h) Perbandingan Efek Analgesia Ketamin *Ontravens* 0.3Mg/Kg Perjam Dengan *Fentanil Intravena* 0.3 Mg/Kg Perjam Sebagai *Analgetik* Paska Operasi Pada Operasi Dengan Nyeri Sedang. Pemberian opioid untuk pengelolaan nyeri memberikan hasil yang memuaskan dalam segi kontrol nyeri akut, namun kurang dalam mencegah timbulnya nyeri kronis, adanya toleransi dosis, serta efek samping yang dapat muncul tergantung dari dosis salah satunya depresi nafas. Dengan semakin banyaknya penggunaan opioid pada pengelolaan nyeri di berbagai bidang, dapat terjadi toleransi yang menyebabkan dosis yang dibutuhkan untuk pengelolaan nyeri menjadi lebih tinggi, hal ini dapat beresiko munculnya efek samping opioid. Ketertarikan untuk mencari analgetik non opioid yang adekuat untuk pengelolaan nyeri paska operasi, mendorong peneliti untuk meneliti penggunaan ketamin, yang memiliki dalam beberapa penelitian memiliki efek analgesia kuat dengan kelebihan dalam pencegahan nyeri kronis dan tidak mendeprimasi nafas. Penelitian ini bertujuan untuk melihat efek analgesi ketamin terhadap nyeri akut paska operasi serta efek samping yang mungkin timbul.
- i) Perbandingan Efikasi Dexmedetomidine 1/G/KG BB Dengan Dexamethasone 5 MG Sebagai Adjuvan Ondasetron 4 MG Untuk Mencegah Kejadian PONV Pada Pasien Yang Menjalani Laparoskopi Di RSUP Dr. Sardjito". Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan bahwa dexmedetomidine *intravena* memiliki efikasi yang sama baiknya dengan dexamethasone *intravena* sebagai adjuvan ondansetron untuk mencegah kejadian PONV pada pasien yang dilakukan operasi laparoskopi.
2. Realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* Tahun 2022 lebih rendah dibanding realisasi Tahun 2021 dan Tahun 2020
3. Realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* Tahun 2022 sama dengan target Tahun 2023 namun rendah dibandingkan target Tahun 2024.

4. Realisasi Indikator Jumlah *Translational Research (TR)* Tahun 2022 lebih tinggi dibandingkan standar nasional.

5. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Penyebab tercapainya target *translational research* karena adanya dukungan dan komitmen dari manajemen untuk mendukung penelitian sebagai rumah sakit pendidikan. Alur perijinan sudah diupayakan untuk dapat tersosialisasikan dengan baik.

6. Kendala

Realisasi Indikator *translational research* sebanyak 9 dokumen sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 8 dokumen, namun demikian masih ada kendala seperti peneliti yang belum melakukan pelaporan penelitian yang dilakukan dengan optimal.

7. Upaya solusi

Satuan kerja yang menangani penelitian harus proaktif meminta laporan. Dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala. Selain itu perlu disosialisasikan kembali aturan pelaporan hasil penelitian.

8. Efisiensi

Dengan melakukan *translational research* dapat menghasilkan sistem terapi baru atau inovasi yang akan berdampak terhadap keselamatan pasien dan/ atau efisiensi terhadap biaya perawatan.

7. Indikator Jumlah Produk Layanan Yang Dikembangkan

a. Definisi operasional indikator jumlah produk layanan yang dikembangkan adalah :

Jumlah produk layanan unggulan yang sudah dapat terealisasi (memberikan layanan kepada pasien)

b. Formula

Jumlah kumulatif produk layanan unggulan setiap tahun

c. Realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan sesuai Tabel 3.7. di bawah ini.

Tabel 3. 7. Realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020		2 layanan	5 layanan	250%
2.	2021		3 layanan	11 layanan	366,67%
3.	2022		4 layanan	14 layanan	350%
4.	2023		5 layanan		
5.	2024		6 layanan		

Dari Tabel 3.7. dapat dijelaskan bahwa :

1. Pada Tahun 2022 realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan sebanyak 14 layanan lebih tinggi dibanding target sebanyak 4 layanan dengan capaian sebesar 350%.

Realisasi jumlah produk layanan yang dikembangkan tahun 2022 berjumlah 3 produk yaitu :

- a. Layanan *Diagnostic In Vivo*, Terapi Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler dengan menggunakan alat Gamma Camera/ SPECT CT generasi baru

Gamma Camera / SPECT CT generasi terbaru dan tercanggih (*high-end*) yaitu merupakan suatu modalitas diagnostik fungsional imaging untuk mendeteksi kelainan-kelainan pada level molekuler dengan cara kerja memberikan suatu zat radiofarmaka yang disuntikkan kepada pasien, sehingga pasien mengeluarkan radiasi gamma yang akan memberikan informasi terhadap target organ sasaran.

Gamma Camera ini penggunaannya sangat luas di bidang kedokteran, seperti di bidang kardiologi untuk melakukan stratifikasi risiko CAD *non invasif* untuk pemeriksaan perfusi jantung, pemeriksaan fungsi ginjal maupun morfologi ginjal, mendeteksi penyebaran kanker pada tulang dan serta sidik infeksi dengan menggunakan *ethambutol scan* pada kasus kasus TB yang belum jelas, masih banyak lagi pemeriksaan diagnostik yang bisa digunakan dengan alat ini.

b. *Neuroinvasif (Clipping arteri, Trombektomi)*

Sejalan dengan program pemerintah, pengampuan Layanan KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi), menyebabkan tuntutan layanan Stroke harus paripurna, disamping hal tersebut RSUP Dr Sardjito ditunjuk sebagai pengampu regional layanan stroke di DIY dan beberapa RS lain di luar Jawa sehingga harus terpenuhi persyaratan tindakan Clipping arteri dan Trombektomi. Pengembangan dilaksanakan di Poliklinik Syaraf, IGD, IKBA, dan Radiologi. Pada tahun 2022 telah mengirimkan tim syaraf ke RS PON untuk perawat dan Dokter.

c. *Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT)/ Stereotactic Radiosegury (SRS)*

Terapi radiasi tubuh stereotaktik/*stereotactic body radiation therapy* (SBRT) merupakan terapi yang mengantarkan dosis radiasi yang intens namun tepat kepada tumor-tumor yang bersifat kanker seraya meminimalkan kerusakan pada jaringan dan sel-sel sehat yang terletak di dekatnya. Bila dilakukan pada otak, maka disebut sebagai bedah radio stereotaktik/ *stereotactic radiosurgery* (SRS).

Target produk layanan yang dikembangkan ini bersifat kumulatif, pada tahun 2021 telah terealisasi 6 produk yaitu *Medical Check Up, Delivery Suite, Eye Center*, Layanan Kesehatan Reproduksi, Transplantasi, dan *Minimally Invasive Surgery* (ERCP). Sedangkan tahun 2020 terealisasi 5 produk, yaitu *Delivery suite*, Klinik covid – 19, ESC (*Early Screening Corner*); *poli pre- operatif*; dan *MCU Mobile*. Dengan demikian sampai dengan tahun 2022 total jumlah produk yang dikembangkan berjumlah 14 produk layanan. Realisasi ini sebenarnya sudah melebihi target yang sudah ditetapkan pada akhir tahun 2024 yaitu 6 produk.

2. Realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan Tahun 2022 merupakan kumulatif realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.

3. Realisasi indikator Jumlah Produk Layanan yang Dikembangkan Tahun 2022 lebih banyak dibandingkan target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
 4. Analisis Penyebab Keberhasilan
Keberhasilan pengembangan layanan minimally invasive surgery : ERCP didorong oleh kebutuhan pasien karena tindakan ini mengurangi tindakan pembedahan, sudah tersedia peralatan ERCP dan dokter spesialis penyakit dalam konsulen gastro hetapotolgi dan perawat yang terlatih.
 5. Kendala
 - a. Sistem rujukan pasien stroke akut yang belum berjalan dengan baik
 - b. Informasi tentang layanan trombektomi di RSUP Dr Sardjito belum banyak diketahui masyarakat.
 6. Upaya yang telah dilakukan
Dilaksanakan sosialisasi melalui rapat koordinasi dengan rumah sakit perujuk dan *stakeholder* lain untuk menyebarluaskan informasi layanan baru di Rumah Sakit
 7. Efisiensi
Efisiensi dengan adanya produk baru ini yaitu meningkatkan kualitas pelayanan dan kepuasan pasien sehingga menimbulkan loyalitas pasien dan pada akhirnya menumbuhkan keberlangsungan pelayanan kesehatan ke RSUP Dr. Sardjito.
8. Indikator Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan
- a. Definisi operasional Indikator Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan adalah :
Pertemuan yang berkaitan dengan rujukan medis atau rujukan kesehatan yang diselenggarakan melalui koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan rumah sakit jejaring dalam rangka mempercepat upaya – upaya penurunan angka kematian ibu, angka kematian anak, dan kasus penyakit tinggi lainnya.

b. Formula

Jumlah/ frekuensi pertemuan koordinasi layanan rujukan dalam satu tahun.

c. Realisasi Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.8. di bawah ini.

Tabel 3. 8. Realisasi Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020		6 kegiatan	11 kegiatan	183,33%
2.	2021		8 kegiatan	12 kegiatan	150%
3.	2022		4 kegiatan	7 kegiatan	175%
4.	2023		10 kegiatan		
5.	2024		10 kegiatan		

Dari Tabel 3.8. dapat dijelaskan bahwa :

1. Pada Tahun 2022 realisasi Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan sebanyak 7 kegiatan lebih tinggi dibandingkan dengan target sebanyak 4 kegiatan dengan capaian sebesar 175%. Pertemuan dilakukan secara *daring* maupun *luring* dengan topik Pengampunan Penyakit *Infeksi Emerging*, Pelayanan Ibu dan Bayi/ Anak, dll. Realisasi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan Tahun 2022 sesuai Tabel 3.9. di bawah ini.

Tabel 3. 9. Data Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan Tahun 2022

No.	Media	Tanggal	Materi/Acara
1.	<i>Zoom Meeting</i>	23 Maret 2022	Monitoring kerjasama dan paparan pelayanan (Rumah sakit DIY dan Jawa Tengah)
2.	<i>Zoom Meeting</i>	27 Juli 2022	Koordinasi Stratifikasi Layanan Unggulan (Jantung, Stroke, Ginjal, dan Kanker)
3.	<i>Luring</i>	23 November 2022	Pengkoordinasian Pelaksanaan Konfirmasi Lapangan Kajian Tatalaksana <i>Emergency</i> Kematian Ibu dan Anak oleh Kemenkes RI
4.	<i>Luring</i>	2 Desember 2022	Kunjungan Kerja Dinkes Kab. Banyumas

2.5.	R Luring	11 – 13 Desember 2022	Koordinasi Sinkronisasi Jejaring Pengampuan Layanan Kesehatan Ibu dan Anak dalam Rangka Percepatan Penurunan AKI AKB Regional I
6.	Zoom Meeting	20-22 Desember 2022	Workshop Pengampuan Penyakit <i>Infeksi Emerging</i> di Indonesia
7.	Zoom Meeting	28 Desember 2022	Koordinasi Pemulangan dan Penyelesaian Administrasi Pasien Sabrina

si Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan tahun 2022 lebih sedikit dibanding realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.

3. Realisasi Indikator Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan tahun 2022 lebih sedikit dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024.

4. Analisis Penyebab Keberhasilan

Penyebab tercapainya Frekuensi Pertemuan Koordinasi Layanan Rujukan adalah bahwa RS Sardjito selama ini ditunjuk oleh Kementerian untuk membina beberapa RS lain dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

5. Kendala

Banyaknya rapat koordinasi lain yang harus dilakukan sehingga kegiatan koordinasi layanan rujukan tidak bisa dilakukan secara langsung dan lebih intensif.

9. Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional

- a. Definisi operasional Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional adalah :

Persentase jumlah SDM Medik, kefarmasian, keperawatan dan kebidanan, penunjang klinik, penunjang non klinik yang bertugas aktif baik dengan status kepegawaian PNS, non PNS, BKO (dari FKMK) berdasar standar Permenkes No. 3 Tahun 2020.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah SDM yang bertugas aktif}}{\text{Jumlah Standar}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.10. dibawah ini.

Tabel 3. 10. Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	100%	85%	85,65%	100,76%
2.	2021		88%	93%	105,68%
3.	2022		90%	96%	106,67%
4.	2023		95%		
5.	2024		95%		

Dari Tabel 3.10. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal sebesar 96% lebih besar dibandingkan target Tahun 2022 sebesar 90% dengan capaian sebesar 106,67%. Penghitungan realisasi indikator *“Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional”* mengacu pada Permenkes No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi RS. Rincian dengan rincian sesuai Tabel 3.11. di bawah ini.

Tabel 3. 11. Hasil Perhitungan Persentase SDM Sesuai Standar RS Tipe A

SDM Standar RS Tipe A				Standar	Realisasi Des 2022	
1. Tenaga Medis						
	1. Dokter		1	+ / -	49	100%
	2. Dokter gigi		1	+ / -	1	100%
	3. Dokter spesialis					
	a. Spesialis dasar					
	1) Penyakit dalam		1	+ / -	5	100%
	2) Anak		1	+ / -	10	100%
	3) Bedah		1	+ / -	6	100%
	4) Obstetri dan ginekologi		1	+ / -	9	100%
	b. Spesialis lain					
	1) Mata		1	+ / -	2	100%
	2) Telinga hidung tenggorok- bedah kepala leher (THT-KL)		1	+ / -	2	100%

SDM Standar RS Tipe A			Standar	Realisasi Des 2022	
	3)	Saraf	1	+ / -	1 100%
	4)	Jantung dan pembuluh darah	1	+ / -	2 100%
	5)	Kulit dan kelamin	1	+ / -	4 100%
	6)	Kedokteran jiwa	1	+ / -	2 100%
	7)	Paru	1	+ / -	2 100%
	8)	Orthopedi dan traumatology	1	+ / -	2 100%
	9)	Urologi	1	+ / -	2 100%
	10)	Bedah saraf	1	+ / -	1 100%
	11)	Bedah plastik rekonstruksi dan estetika	1	+ / -	3 100%
	12)	Bedah anak	1	+ / -	1 100%
	13)	Bedah thorax kardiak dan vaskuler	1	+ / -	4 100%
	14)	Kedokteran forensic	1	+ / -	3 100%
	15)	Bedah mulut	1	+ / -	4 100%
	16)	Emergensi	1	+ / -	1 100%
	17)	Konservasi/endodon-si	1	+ / -	1 100%
	18)	Orthodonti	1	+ / -	1 100%
	19)	Periodonti	1	+ / -	1 100%
	20)	Prosthodonti	1	+ / -	1 100%
	21)	Pedodonti	1	+ / -	1 100%
	22)	Penyakit mulut	1	+ / -	0 0%
	23)	Anestesi	1	+ / -	5 100%
	24)	Kedokteran fisik dan rehabilitasi	1	+ / -	2 100%
	25)	Radiologi	1	+ / -	2 100%
	26)	Patologi klinik	1	+ / -	1 100%
	27)	Patologi anatomi	1	+ / -	4 100%
	28)	Mikrobiologi klinik	1	+ / -	0 0%
	29)	Parasitologi klinik	1	+ / -	0 0%
	30)	Gizi klinik	1	+ / -	1 100%
	31)	Farmakologi klinik	1	+ / -	0 0%
	32)	Akupunktur	1	+ / -	0 0%
	33)	Onkologi radiasi	1	+ / -	1 100%
	34)	Kedokteran nuklir	1	+ / -	2 100%
	35)	Dokter spesialis lainnya	1	+ / -	0 0%
4. Dokter subspesialis dan/atau spesialis dengan kualifikasi tambahan			+ / -		
	a.	Subspesialis dasar	+ / -		
	1)	Subspesialis bedah	+ / -		
	a)	Digestif	1	+ / -	4 100%
	b)	Onkologi	1	+ / -	6 100%
	c)	Vaskuler	1	+ / -	3 100%
	2)	Subspesialis penyakit dalam		+ / -	
	a)	Gastroenterologi-hepatologi	1	+ / -	4 100%
	b)	Tropik infeksi	1	+ / -	4 100%
	c)	Ginjal hipertensi	1	+ / -	2 100%
	d)	Rematologi	1	+ / -	3 100%

SDM Standar RS Tipe A					Standar	Realisasi Des 2022	
			e) Endokrin metabolic	1	+ / -	4	100%
			f) Alergi imunologi	1	+ / -	1	100%
			g) Psikosomatis	1	+ / -	1	100%
			h) Geriatri	1	+ / -	3	100%
			i) Kardiovaskuler	1	+ / -	19	100%
			j) Pulmonologi	1	+ / -	8	100%
			k) Hematologi onkologi	1	+ / -	5	100%
		3)	Subspesialis anak		+ / -		
			a) Respirologi	1	+ / -	4	100%
			b) Neurologi	1	+ / -	3	100%
			c) Hematologi onkologi	1	+ / -	5	100%
			d) Nefrologi	1	+ / -	1	100%
			e) Emergensi dan Rawat Intensif Anak (ERI	1	+ / -	2	100%
			f) Neonatologi	1	+ / -	1	100%
			g) Endokrinologi	1	+ / -	2	100%
			h) Kardiologi	1	+ / -	3	100%
			i) Alergi imunologi	1	+ / -	1	100%
			j) Pediatri sosial-tumbuh kembang	1	+ / -	3	100%
			k) Pencitraan pediatric	1	+ / -	0	0%
			l) Nutrisi dan penyakit metabolic	1	+ / -	1	100%
			m) Infeksi dan penyakit tropic	1	+ / -	3	100%
			n) Gastrohepatologi			4	
			o) Perinatologi			3	
			p) Imunologi			0	
		4)	Subspesialis obstetri dan ginekologi		+ / -	6	
			a) Feto-maternal	1	+ / -	4	100%
			b) Fertilitas dan endokrinologi reproduksi	1	+ / -	5	100%
			c) Onkologi ginekologi	1	+ / -	4	100%
			d) Uroginekologi dan rekonstruksi	1	+ / -	1	100%
			e) Obstetri ginekologi social	1	+ / -	3	100%
		b.	Subspesialis lain dan/atau spesialis lain dengan kualifikasi tambahan		+ / -		
		1)	Kedokteran jiwa		+ / -		
			a) Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja	1	+ / -	1	100%
			b) Psikiatri Adiksi	1	+ / -	1	100%
			c) Psikoterapi	1	+ / -	2	100%
			d) Psikiatri Forensik	1	+ / -	1	100%
			e) Psikogeriatric	1	+ / -	1	100%
			f) Pasikiatri Komunitas	1	+ / -	1	100%
			Psikiatri Biologi			0	
			Kultural			0	
		2)	Mata		+ / -		
			a) Infeksi Imulogi	1	+ / -	1	100%

SDM Standar RS Tipe A					Standar	Realisasi Des 2022	
			b) Glaukoma	1	+ / -	2	100%
			c) Korne, lensa dan bedah refraktif	1	+ / -	5	100%
			d) Neurooftalmologi	1	+ / -	1	100%
			e) Oftalmologi Komunitas	1	+ / -	1	100%
			f) Pediatri Onkologi Strabismus	1	+ / -	1	100%
			g) Refraksi lensa kontak	1	+ / -	1	100%
			h) Rekonstruksi okuloplasti dan onkologi	1	+ / -	1	100%
			i) Vitreo retina	1	+ / -	4	100%
			Tumor mata			2	
		3)	Telinga hidung tenggorok- bedah kepala leher (THT-KL)		+ / -		
			a) Otologi	1	+ / -	1	100%
			b) Rinologi	1	+ / -	1	100%
			c) Onkologi bedah kepala leher	1	+ / -	2	100%
			d) Laring faring	1	+ / -	2	100%
			e) Neurotologi	1	+ / -	1	100%
			f) Endoskopi bronko-esofagologi	1	+ / -	1	100%
			g) Alergi imunologi	1	+ / -	1	100%
			h) Plastik rekonstruksi THT	1	+ / -	1	100%
			i) THT komunitas	1	+ / -	1	100%
		4)	Paru		+ / -		
			a) Infeksi Paru	1	+ / -	1	100%
			b) Onkologi toraks	1	+ / -	1	100%
			c) Intervensi dan gawat nafas	1	+ / -	1	100%
			d) Asma PPOK	1	+ / -	1	100%
			e) Paru Kerja dan lingkungan	1	+ / -	1	100%
			f) Imunologi paru	1	+ / -	1	100%
		5)	Saraf		+ / -		
			a) Neurointensive	1	+ / -	1	100%
			b) Neurointerven-si	1	+ / -	1	100%
			c) Manajemen Intervensi Nyeri	1	+ / -	3	100%
			d) Fungsi luhur	1	+ / -	1	100%
			e) Neuroonkologi	1	+ / -	2	100%
			f) Neurosonologi	1	+ / -	2	100%
			Nyeri Saraf Kepala			2	
			Neurobehavior			1	
			Epilepsi			1	
			Neuroinfeksi & Neuropatologi			1	
			Neuropediatri & nerologi				
			Perkembangan			1	
			Neurotraumakologi			1	
			Serebrovaskuler			1	
			Gangguan Gerak			1	
			Neurofisiologi klinik dan Sistem Neuromuskuler			1	

SDM Standar RS Tipe A			Standar	Realisasi Des 2022	
	6)	Bedah Saraf	+ / -		
	a)	Neurotrauma	1 + / -	1	100%
	b)	Neuroonkologi	1 + / -	1	100%
	c)	Neurospine	1 + / -	1	100%
	d)	Neurofungsi-onal	1 + / -	1	100%
	e)	Neuropediatri	1 + / -	1	100%
	f)	Neurovaskular	1 + / -	1	100%
	7)	Jantung dan pembuluh darah	+ / -		
	a)	Pelayanan aritmia	1 + / -	1	100%
	b)	Pelayanan jantung anak dan PJB	1 + / -	1	100%
	c)	Pelayanan vaskular	1 + / -	1	100%
	d)	Pelayanan cardiac imaging	1 + / -	1	100%
	e)	Pelayanan intensive dan kegawatan kardiovas-kuler	1 + / -	1	100%
		Invasiv Non Bedah		2	
		Non Invasif		10	
	8)	Orthopedi dan traumatology	+ / -		
	a)	Spine	1 + / -	1	100%
	b)	Hand and microsurgery	1 + / -	1	100%
	c)	Paediatric orthopaedi	1 + / -	1	100%
	d)	Tumor muskuloskeletal	1 + / -	1	100%
	e)	Hip and knee	1 + / -	1	100%
	f)	Foot and ankle	1 + / -	1	100%
	g)	Sport, shoulder and elbow	1 + / -	1	100%
	9)	Bedah Anak	+ / -		
	a)	Bedah Digestif Anak	1 + / -	3	100%
	b)	Urogenital anak	1 + / -	1	100%
	10)	Kulit dan Kelamin	1 + / -	14	100%
	11)	Anestesi dan terapi intensif	+ / -		
	a)	Intensive Care	1 + / -	2	100%
	b)	Neuroanestesi	1 + / -	1	100%
	c)	Pediatric Anestesi	1 + / -	1	100%
	d)	Regional Anestesi	1 + / -	2	100%
	e)	Terapi Nyeri	1 + / -	2	100%
	f)	Kardiovaskuler Anestesi	1 + / -	2	100%
	g)	Obstetric Anestesi	1 + / -	1	100%
	12)	Radiologi	+ / -		
	a)	Radiologi neuro kepala leher	1 + / -	1	100%
	b)	Radiologi anak	1 + / -	1	100%
	c)	Radiologi intervensi	1 + / -	5	100%
	d)	Thorax imaging	1 + / -	2	100%
	e)	Breast and women imaging	1 + / -	1	100%
	f)	Radiologi muskulo skeletal	1 + / -	1	100%
	g)	Imaging abdomen	1 + / -	1	100%
	h)	Radiologi Nuklir	1 + / -	5	100%

SDM Standar RS Tipe A				Standar	Realisasi Des 2022	
			Onkologi Radiasi		2	
		13)	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	+ / -		
		a)	Pediatri	1 + / -	1	100%
		b)	Geriatric	1 + / -	1	100%
		c)	Muskuloskeletal	1 + / -	1	100%
		d)	Neomuskuler	1 + / -	1	100%
		e)	Kardiorespirasi	1 + / -	1	100%
		14)	Patologi Klinik	+ / -		
		a)	Infeksi	1 + / -	2	100%
		b)	Hematologi	1 + / -	2	100%
		c)	Imunologi	1 + / -	1	100%
		d)	Kardiocircrovaskuler	1 + / -	1	100%
		e)	Nefrologi	1 + / -	1	100%
		f)	Hepatogastroenterologi	1 + / -	1	100%
		g)	Endokrin dan Metabolisme	1 + / -	2	100%
		h)	Onkologi	1 + / -	1	100%
		i)	Bank Darah dan Kedokteran laboratorium	1 + / -	1	100%
		15)	Dokter subspesialis lainnya dan/atau dokter spesialis lainnya dengan kualifikasi tambahan	1 + / -		
			Bedah Urologi		3	
			Kedokteran Forensik		3	
			Patologi Anatomi		10	
2.			Tenaga keperawatan	1 +	1204	100%
3.			Tenaga kebidanan	1 + / -	38	100%
4.			Tenaga kefarmasian	1		
	1)		Apoteker	1 +	60	100%
	2)		Tenaga teknis kefarmasian	1 +	81	100%
5.			Tenaga kesehatan lainnya			
	a.		Tenaga gizi	1 + / -	37	100%
	b.		Tenaga psikologi klinis	1 + / -	7	100%
	c.		Tenaga keterampilan fisik			
	1)		Fisioterapis	1 + / -	26	100%
	2)		Terapis wicara	1 + / -	8	100%
	3)		Okupasi terapis	1 + / -	8	100%
	d.		Tenaga keteknisian medis			
	1)		Perekam medis dan informasi kesehatan	1 + / -	91	100%
	2)		Penata anestesi	1 + / -	4	100%
	e.		Tenaga teknik biomedika			
	1)		Radiografer	1 +	58	100%
	2)		Elektromedis	1 + / -	22	100%
	3)		Fisikawan medik	1 + / -	9	100%
	4)		Ortotis prostetik	1 + / -	3	100%
	5)		Radioterapis	1 + / -		
	6)		Ahli teknologi laboratorium medik (analisis/biologi)	1 +	66	100%

SDM Standar RS Tipe A			Standar	Realisasi Des 2022	
f.	Tenaga Kesehatan Lingkungan	1	+ / -	37	100%
g.	Tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan (sesuai kebutuhan)	1	+ / -	11	100%
6.	Tenaga non kesehatan	1	+	730	
TOTAL					96%

- 2) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 lebih tinggi dibandingkan realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.
- 3) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 lebih tinggi dibandingkan target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Analisa Penyebab Kegagalan
Untuk pemenuhan standar SDM kelas A baru tercapai 96 % menurun dibanding periode sebelumnya dikarenakan pensiun 1 staf medis akupuntur , serta belum terpenuhinya staf medis spesialis pencitraan pediatric, farmakologi klinik, parasitologi klinik, mikrobiologi klinik, serta dokter gigi spesialis penyakit mulut . Beberapa penyebab belum terpenuhinya : belum jelasnya kolegium yang menghasilkan spesialisistik pencitraan pediatric; sebagai RS pendidikan utama FKMK UGM serta FKG UGM , spesialisistik yang lainnya belum adanya pengembangan “hospital based” dari institusi pendidikan tersebut.
- 5) Analisa Penyebab Keberhasilan
Perubahan definisi operasional PMK 3 tahun 2020 yang tidak menyebutkan jumlah dan ketersediaan tenaga medis mengakibatkan persebaran tenaga, khususnya spesialis dan subspesialis semakin terpenuhi.
- 6) Efisiensi
Upaya peningkatan status NON PNS BLU untuk menjadi CPNS atau PPPK melalui analisa kebutuhan SDM secara khusus dari internal dan pengelolaan pemenuhan sertifikat kompetensi tenaga kesehatan sesuai ketentuan persyaratan yang berlaku. Efisiensi yang melalui efektifitas alokasi CPNS 155 formasi yang tersedia ; berhasil (91/155) 59 % berasal dari NON PNS BLU

internal, serta PPPK 23 formasi yang tersedia (22/23) 96% berasal dari NON PNS BLU internal sehingga total 63 % (113/178) formasi menjadi CPNS dan PPPK. Dengan demikian beban belanja pegawai untuk gaji pokok bukan lagi menjadi beban belanja pegawai BLU RSUP Dr. Sardjito menjadi beban belanja rupiah murni APBN.

7) Upaya perbaikan/ solusi

Untuk perbaikan terhadap kegagalan di tahun 2022, maka upaya yang akan direncanakan di masa mendatang untuk pemenuhan standar ketenagaan kelas A rumah sakit melalui penambahan kewenangan klinis akupuntur dari dokter umum yang telah mengikuti kursus akupuntur, pengembangan melalui jalur formil tugas belajar dari staf medis dokter umum. Rekrutmen dokter mitra baik dengan kerjasama Fakultas Kedokteran (FKKMK UGM) ataupun dengan dokter spesialisik "*post graduate*" yang bersedia memanfaatkan salah satu surat tanda registrasi untuk melakukan pelayanan secara berkala terjadual di rumah sakit . Upaya lain koordinasi rapat secara intensif pemenuhan staf medis spesialisik merupakan perencanaan bersama diantara KSM/ Ketua staf medis, departemen program studi, dengan Direksi terintegrasi komprehensif dari aspek pelayanan, pendidikan dan penelitian kedokteran.

10. Indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun

a. Definisi Operasional

Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit}} \times 100$$

- c. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.11. di bawah ini.

Tabel 3. 12. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	>60%	81%	81,5%	100,62%
2.	2021		82%	83,1%	101,34%
3.	2022		83%	85,22%	102,67%
4.	2023		84%		
5.	2024		85%		

Dari Tabel 3.11. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun sebesar 85,22 % lebih banyak dibandingkan target Tahun 2022 sebesar 83 % dengan capaian sebesar 102,67%. Rincian terlaksananya 20 jam pelatihan per karawan berdasarkan profesi sesuai Tabel 3.12. di bawah ini.

Tabel 3. 13. Terlaksananya 20 Jam Pelatihan Per Karawan Berdasarkan Profesi

No.	Profesi	Jumlah	%
1.	Bidan	39	1,63%
2.	Medis	196	8,19%
3.	Nakes Lain	343	14,34%
4.	Non Medis	463	19,36%
5.	Perawat	1.351	56,48%
6.	Total	2.392	100%

Realisasi pelatihan 20 JPL sebesar 85% sudah mencapai target namun masih diperlukan pemetaan pelatihan yang lebih sesuai dan mendukung kompetensi teknis untuk pelaksanaan pelayanan.

- 2) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2022 lebih besar dibandingkan realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2022.

- 3) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2022 lebih besar dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Analisa Penyebab Keberhasilan
Penyebab tercapainya target 20 jam pelatihan per karyawan karena adanya dukungan dari manajemen dan adanya metode pelatihan LMS yang mulai diperkenalkan di tahun ini. Dimana dengan metode ini dapat mencakup jumlah peserta yang lebih banyak dengan biaya yang minimal dibanding dengan metode luring. Meski begitu masih perlu dipelajari lebih lanjut evaluasi paska pelatihan.
- 5) Kendala
Meskipun realisasi 20 jam pelatihan per karyawan pada tahun 2022 sudah memenuhi target yang ditetapkan, namun masih ditemui beberapa kendala diantaranya yaitu :
 - a) Belum dapat merekap pelatihan mandiri yang dilakukan oleh pegawai (tanpa menggunakan surat tugas dari RS).
 - b) Terdapat ketidakseragaman inputan data (nama karyawan) sehingga proses pengolahan data menjadi lama dan berisiko terjadinya kesalahan penghitungan.
 - c) Menumpuknya pelatihan di akhir tahun dikarenakan PIC pelatihan yang sebagian besar perawat lebih memprioritaskan pelayanan pasien.
- 6) Efisiensi
Upaya efisiensi pelatihan dilakukan dengan menggunakan metode:
 - a) *Blended learning*, yaitu menggabungkan antara sistem pelatihan daring dengan praktek. Hal ini dapat menghemat biaya konsumsi dan biaya operasional lain.
 - b) LMS (*Learning Management System*) adalah metode sistem pembelajaran secara online dengan menggunakan aplikasi atau web dari Diklat yang digunakan untuk Pelatihan.
- 7) Upaya Perbaikan/ Solusi
Upaya perbaikan/ solusi yang akan dilakukan:

- a) Melakukan koordinasi dengan satker atau bagian terkait guna membahas definisi operasional dan hal-hal yang berkaitan dengan karakteristik indikator kinerja termasuk proses pengumpulan, pengolahan, penyajian, dan pelaporan data indikator terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan.
- b) Melakukan koordinasi dengan satker atau bagian terkait membahas eksklusi dan inklusi yang berhubungan dengan indikator terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan dengan topik rapat :
 - i. Jumlah karyawan per tahun (denominator)
 - ii. Pengembangan kompetensi 20 jam jpl per tahun
 - iii. Pegawai yang mengikuti Diklat/ Seminar/ Workshop dll baik internal ataupun eksternal
 - iv. Mendorong upaya agar seluruh karyawan mengisi secara mandiri melalui simetris.net/ *logbook* pegawai masing-masing atau setiap pegawai yang mengikuti Diklat/ Seminar/ Workshop harus secara aktif mengisi EPP (evaluasi pasca pelatihan) dan melaporkan ke Diklit dengan melampirkan sertifikat.
 - v. Peserta : SDM, Diklit, Diklat, Komite Keperawatan dan Nakes lain
- c) Mengoptimalkan LMS (*Learning Management System*) sebagai media pelatihan yang dapat mencakup banyak peserta sehingga target 20 jam pelatihan dapat tercapai tanpa mengurangi kualitas pelatihan.
- d) Masih diperlukannya pemetaan pelatihan yang lebih sesuai dan mendukung kompetensi teknis dalam pelaksanaan pelayanan.

11. Indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE).

a. Definisi operasional

Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah hasil pengukuran kehandalan sarana dan prasarana tertentu yang dilihat dari 3 aspek yaitu : ketersediaan, kinerja dan kualitas.

- 1) **Ketersediaan** (*availability*) : **Ke**, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tsb direncanakan beroperasi
- 2) **Kinerja** (*performance*) : **Ki**, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat
- 3) **Kualitas** (*quality*) : **Ku**, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut.
- 4) Peralatan yang akan dilakukan penilaian yaitu peralatan sterilisasi, *laundry*, gizi dan peralatan sanitasi yang nilainya di atas 500 juta rupiah.

b. Formula perhitungan :

$$OEE = (Ka \times Ki \times Ku) \times 100\%$$

Pada Tahun 2022 peralatan yang dinilai meliputi :

- 1) Peralatan sterilisasi: Tingkat Kehandalan IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah) dan Tingkat kehandalan IPAB (Instalasi Pengolahan Air Bersih)
- 2) Peralatan Gizi : *Boiling Pan* dan *Cooling Cell*
- 3) Peralatan *Laundry* : Mesin Sterilisasi (*Autoclave steam*), Mesin Sterilisasi (*Autoclave EO*), Mesin Cuci (*Washer*) , Tingkat Kehandalan Mesin Cuci Linen, Tingkat Kehandalan Mesin Pengering, Tingkat Kehandalan Mesin Seterika.

c. Realisasi indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.13. di bawah ini.

Tabel 3. 14. Realisasi indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	100%	94%	56,84%	60,47%
2.	2021		96%	95,30%	99,27%
3.	2022		95%	97,15%	102,26%
4.	2023		100%		
5.	2024		100%		

Dari Tabel 3.13. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 realisasi indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) sebesar 97,15% lebih besar dibanding target sebesar 95% dengan capaian sebesar 102,26%.
OEE diperoleh dari hasil pengukuran kehandalan sarana prasarana yang dilihat dari 3 aspek yaitu *ketersediaan, kinerja, dan kualitas*. Realisasi OEE pada tahun 2022 sebesar 97,15% (Gizi 97,92%; ISLK3: 99,92%; dan ISSB : 93,61%) dari target yang ditetapkan 95%.
- 2) Realisasi indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) Tahun 2022 lebih besar dibanding realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.
- 3) Realisasi indikator *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) Tahun 2022 lebih kecil dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Analisa faktor penyebab ketidaktercapaian angka realisasi terdiri dari :
 - a) di ISSB adalah:
 - i. Mesin cuci no 3 merk *Jesernig* terjadi kerusakan pada *Pintu pengeluaran linen*.
 - ii. Mesin pengering no 2 merk *Image* terjadi kerusakan pada *flexible steam*.
 - iii. Mesin seterika merek *Girbau* terjadi kerusakan pada *display* sehingga berhenti beroperasi.
 - iv. Pada prinsipnya secara fisik mesin *Cooling Cell* sudah harus diganti. Saat ini mesin *Cooling Cell* dikondisikan oleh tim IPSRS agar suhu sesuai dengan standar.
 - v. Alat *boiling pan* rusak pada bagian pemanik apinya, 3x kerusakan dengan durasi perbaikan oleh IPSRS $\pm$ 2 hari.
 - b) Di IPAB :

Masih ada keluhan warna air untuk keperluan higiene sanitasi yang kadang masih agak keruh terutama saat adanya perbaikan pompa atau pipa jaringan karena jaringan pipa yang sudah lama dan belum terealisasinya WTP pre treatment pada sumur 2 (utara), sumur 4 (masjid), dan sumur 7 (Teknik) serta parameter bau yang tidak memenuhi persyaratan pada bulan Maret kemungkinan disebabkan oleh filter/ saringan pasir yang sudah jenuh.

c) Di IPAL :

Blower pada bak aerasi IPAL Unit 1 bekerja kurang optimal (sudah tua) dan Blower pada IPAL Unit 2 dari 9 blower yang berfungsi baik 4 buah sehingga apabila sewaktu-waktu blower yang rusak bertambah akan mengganggu proses pengolahan limbah dan menyebabkan tidak terpenuhinya baku mutu karena blower pada bak aerasi IPAL Unit 1 saat ini bekerja normal tetapi karena faktor usia yang sudah tua menyebabkan blower kadang tidak bekerja optimal dan blower pada IPAL Unit 2 dari 9 blower yang berfungsi baik 4 buah dan harus segera diperbaiki atau diganti.

d) Di Gizi :

Alat pemanthik api pada *boiling pan* rusak.

5) Upaya Perbaikan/ Solusi

- a) Perbaikan oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RS
- b) Menghubungi vendor penyedia mesin agar segera melakukan penggantian *sparepart* yang rusak.
- c) IPAB : Perlu usulan WTP Pre treatment pada sumur 2 (utara), sumur 4 (masjid) dan sumur 7 (Tehnik); Penggantian/ penambahan *antracite* pada IPAB sudah dilakukan secara bertahap untuk meningkatkan kualitas air hasil olahan terutama parameter bau; Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk mengantisipasi kekeruhan air saat dilakukan perbaikan/ maintenance adalah dengan menghidupkan kran sampai air yang keluar jernih (membuang sisa-sisa endapan pada jaringan perpipaan).
- d) IPAL : Pengusulan pengadaan blower melalui RKT IPSRS dan Pelaporan kerusakan blower pada IPAL 2 Unit 2

6) Efisiensi

a) Pemanfaatan Air Limbah Terolah

Efisiensi air dilakukan dengan cara memanfaatkan kembali air limbah terolah (hasil pengolahan air limbah). Pemanfaatan air bekas tersebut antara lain untuk : pencucian kereta limbah, pembilasan lantai TPS, pengelolaan lumpur IPAL, kolam ikan,

hidroponik dan siram tanaman. Total air bekas yang dimanfaatkan : 45.120 M³ atau rata-rata : 3.760 M³ perbulan. Dengan harga Rp.13.000,- Per M³, maka efisiensi biaya penggunaan air sebesar Rp. 586.560.000,- atau Rp 48.880.000,- perbulan.

b) *Limbah Domestik Untuk Pembuatan Kompos*

Limbah domestik berupa dedaunan dan sisa sayuran sebagian dibuat kompos dan hasilnya dimanfaatkan untuk pupuk di area taman RSUP. Dr. Sardjito, proses produksi kompos rata-rata membutuhkan waktu 2 bulan dan hasil kompos langsung dimanfaatkan. Total kompos yang dimanfaatkan pada bulan Januari-Desember 2022 adalah 910 Kg dengan asumsi harga kompos Rp. 7.500,- per Kg maka kompos yang dimanfaatkan tersebut setara dengan Rp. 6.825.000,- atau rata-rata Rp. 895.000,- perbulan.

c) *Reuse Plastik Pelapis Limbah Domestik (Plastik Hitam)*

Plastik warna hitam sebagai pelapis bak limbah domestik dapat dimanfaatkan kembali dengan cara mensortir dan memilah yang masih layak digunakan. Plastik tersebut dimanfaatkan Kembali untuk pelapis bak sampah diluar gedung seperti koridor, jalan dan taman. Pada periode Januari-Desember 2022 dari 154.221 lembar plastik hitam yang digunakan setelah dilakukan pemilahan masih terdapat 44.661 lembar atau 3721 lembar per bulan yang dapat digunakan kembali (22,46 %). Dengan harga Rp. 2.140,- /lembar maka efisiensi yang di dapat Rp. 95.574.540,- /Tahun, atau 7.964.545,- /bulan atau Rp. 261.261,-per hari.

d) *Pengelolaan Limbah Domestik Daur Ulang*

Limbah domestik yang dihasilkan rumah sakit mempunyai potensi untuk dilakukan daur ulang dan saat ini telah dilakukan upaya pemilahan limbah domestik dari unit penimbul hingga tempat pembuangan sememtara (TPS). Total timbulan limbah domestik bulan Januari-Desember 2022 sebesar 5051.M³ dan limbah yang didaur ulang dengan metode bank sampah sebesar 1710 M³, dengan tarif biaya pengolahan limbah domestik Rp 52.840,- per

M³ didapatkan biaya efisiensi sebesar Rp. 90.356.400,- / tahun
Atau Rp. 7.529.700,- / bulan.

e) Nilai Ekonomi Limbah Domestik Daur Ulang

Limbah domestik yang dilakukan daur ulang terdiri dari berbagai jenis limbah dengan nilai ekonomi yang bervariasi. Nilai ekonomi dari daur ulang limbah domestik akan dibayarkan langsung kepada nasabah Bank Sampah. Jumlah nilai ekonomi yang didapatkan dari daur ulang limbah domestik dengan metode Bank Sampah selama tahun 2022 sebesar Rp. 123.719.300,- /tahun atau Rp. 10.309.941,- /bulan. Nilai rupiah yang didapatkan masuk dalam rekening masing-masing nasabah Bank Sampah.

f) Efisiensi limbah padat medis dengan metode 3R

Limbah padat medis infeksius yang bisa didaur ulang yaitu plabot infus dan jerigen HD. Pada Tahun 2022 telah dilakukan daur ulang limbah padat medis infeksius sehingga Biaya pengelolaan limbah medis Januari – Desember 2022 menjadi Rp. 1.296.546.062,- yang seharusnya adalah Rp. 1.446.841.921,-. Efisiensi selama Januari – Desember 2022 sebesar Rp. 150.295.859,25 atau rata-rata 12.524.654,-/bulan

g) Nilai Ekonomis Daur Ulang Limbah Padat Medis

Selain efisiensi biaya pemusnahan limbah, pengelolaan limbah dengan 3R juga memberikan pendapatan bagi RS berupa penjualan botol bekas bekas cairan infus/plabot bekas cairan infus dan jerigen bekas cairan HD yang sudah diolah, sesuai Perjanjian Kerjasama antara RSUP. Dr. Sardjito dengan CV.Timdis No.HK.03.01/XI.4/2448/2020 dan No.0010/02/PKS/A1-1/2020 Tanggal 27 Januari 2020, pasal 11 (2) tentang nilai ekonomis dari hasil pengelolaan. Besarnya nilai ekonomi hasil pengelolaan limbah padat medis daur ulang ditentukan dengan kesepakatan kedua belah pihak, botol bekas kemasan cairan infus/plabot bekas cairan infus dan jerigen bekas cairan HD sebesar Rp.5.400,-/Kg. Teknis pembayaran hasil daur ulang limbah plabot dan limbah jerigen HD dibayarkan oleh CV. Timdis ke rekening RSUP. Dr. Sardjito Yogyakarta. Pengelolaan limbah dilakukan

sesuai dengan Permen LHK No. p.56 tahun 2015. Nilai ekonomi yang didapatkan dari pengelolaan daur ulang limbah medis infeksius berupa plabot infus dan jerigen HD pada Tahun 2022 sebesar Rp. 78.419.200,-.

h) Efisiensi Air Minum

Kebutuhan air minum bagi pasien, petugas dan pengunjung sejak tahun 2019 dipenuhi dari hasil pengolahan air minum secara mandiri. Dengan melakukan pengolahan air minum secara mandiri, rumah sakit dapat menghemat biaya pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan air minum. Unit pengolahan air minum Tirta Sardjito mampu memenuhi kebutuhan air minum bagi masyarakat rumah sakit, dari perhitungan didapatkan harga per gallon sebesar Rp. 4.550,- Jika diperbandingkan dengan harga gallon produk komersil dengan harga rata-rata Rp. 19.000,- didapatkan perhitungan efisiensi Pemenuhan kebutuhan air minum rumah sakit dengan menggunakan air Tirta Sardjito telah menghemat biaya pengeluaran rumah sakit sebesar Rp. 376.350.250,- per tahun atau 76,05% jika dibandingkan apabila rumah sakit menggunakan air minum produk komersial.

i) Air Reject RO

Water Treatment Plan Reverse Osmosis (WTP RO) memiliki hasil sampingan berupa air *Reject* yaitu *clean water* yang tidak lolos membrane filter. Air *reject* mempunyai kualitas sama dengan kualitas air bersih sehingga air *reject* bisa dimanfaatkan kembali sebagai air bersih. Saat ini air *reject* RO langsung dialirkan menuju *ground tank* sebagai air bersih siap distribusi bersama air olahan dari IPAB. Jumlah air *Reject* RO yaitu 60% dari produksi yaitu 28,8 m³/hari. Efisiensi pemanfaatan air *Reject* RO selama tahun 2022 adalah sebesar Rp.136.281.600,- dengan perhitungan menggunakan tarif PDAM yaitu Rp. 13.000,-

j) Air *Backwash* WTP = OEE

Sistem pengolahan air untuk keperluan *hygiene* sanitasi berupa WTP II dan WTP PJT dalam upaya pemeliharaannya dilakukan *backwash* (Pencucian filter) untuk mempertahankan kualitas air

yang diolah. Air yang digunakan untuk *backwash* membutuhkan volum dalam jumlah besar dan pada tahap akhir pelaksanaan *backwash* didapatkan bahwa air *backwash* sudah dalam kondisi relative bersih sehingga air *backwash* tersebut tidak dibuang ke IPAL tetapi dapat dimanfaatkan untuk keperluan penyiraman taman dan lingkungan. Hal tersebut dapat menghemat penggunaan air bersih, untuk itu telah dibuat tempat penampungan (*Ground Tank*) dibagian barat GBST dengan volum 10 M3 yang mampu menampung air bekas *backwash* WTP II dan WTP PJT. Untuk memenuhi kebutuhan air penyiraman taman dan lingkungan yang berasal dari air bekas *backwash* telah dibuat kran air sebanyak 30 buah di seluruh area rumah sakit. Efisiensi pemanfaatan air *backwash* WTP II dan WTP PJT selama tahun 2022 adalah sebesar Rp. 49.608.000,- dengan perhitungan menggunakan tarif PDAM yaitu Rp. 13.000,-

12. Indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (terintegrasi).

- a. Definisi operasional Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (terintegrasi) adalah :

Jumlah kumulatif presentase terpenuhinya kebutuhan IT RS

- b. Formula :

$$\text{Jumlah capaian tahun sebelumnya} + \left\{ \frac{\text{Jumlah kegiatan yang dilaksanakan tahun berjalan}}{\text{Jumlah kegiatan yang direncanakan tahun berjalan}} \times \text{bobot tahun berjalan} \right\}$$

- c. Realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.15. di bawah ini.

Tabel 3. 15. Realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	100%	20%	20%	100%
2.	2021		40%	40%	100%
3.	2022		100%	100%	100%
4.	2023		80%		
5.	2024		100%		

Dari Tabel 3.15. di atas terlihat bahwa :

- a. Pada Tahun 2022 realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) sebesar 100% sama dengan target. Kebutuhan IT yang dikerjakan ada 4 macam yaitu *Big Data – Data Warehouse, Clinical Research*, Pengembangan infrastruktur *live streaming* di OK IBS, dan Regenerasi server.

- 1) *Big data*

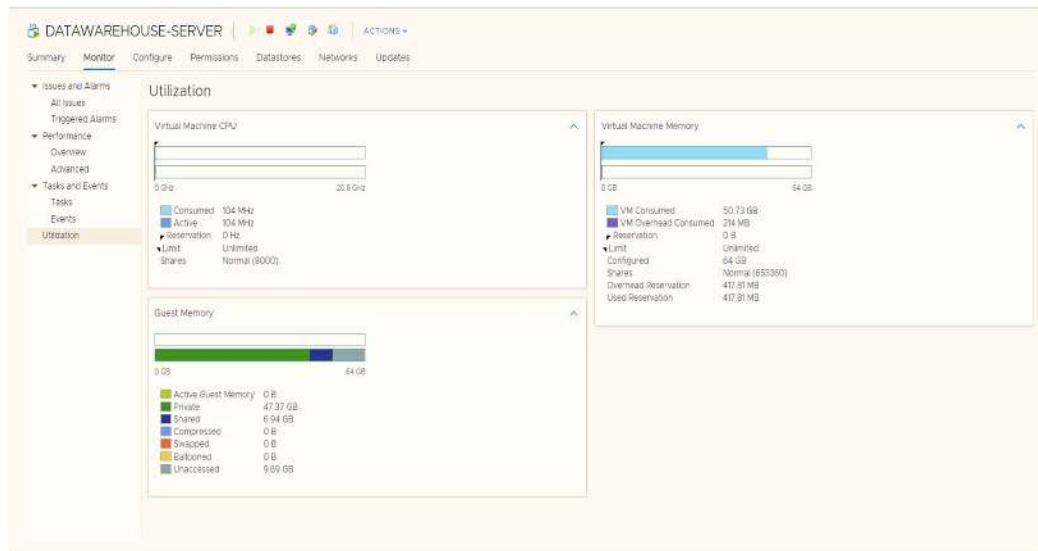
Big data adalah sekumpulan data yang memiliki volume atau ukuran yang sangat besar yang terdiri dari data yang terstruktur (*structured*), semi-terstruktur (*semi structured*), dan tidak terstruktur (*unstructured*) yang dapat berkembang seiring waktu berjalan.

Rumah sakit saat ini telah memiliki data-data yang diperoleh dengan sangat besar yang di buat dari *transaksional* sistem informasi, yaitu data dari transaksional *front office* (layanan), *back office* (non pelayanan) data layanan penunjang data koneksi alat dll. Data tersebut semua tertampung dalam *database* Rumah sakit yang dapat digunakan dalam rangka pengembangan layanan dan peningkatan layanan ke pasien.

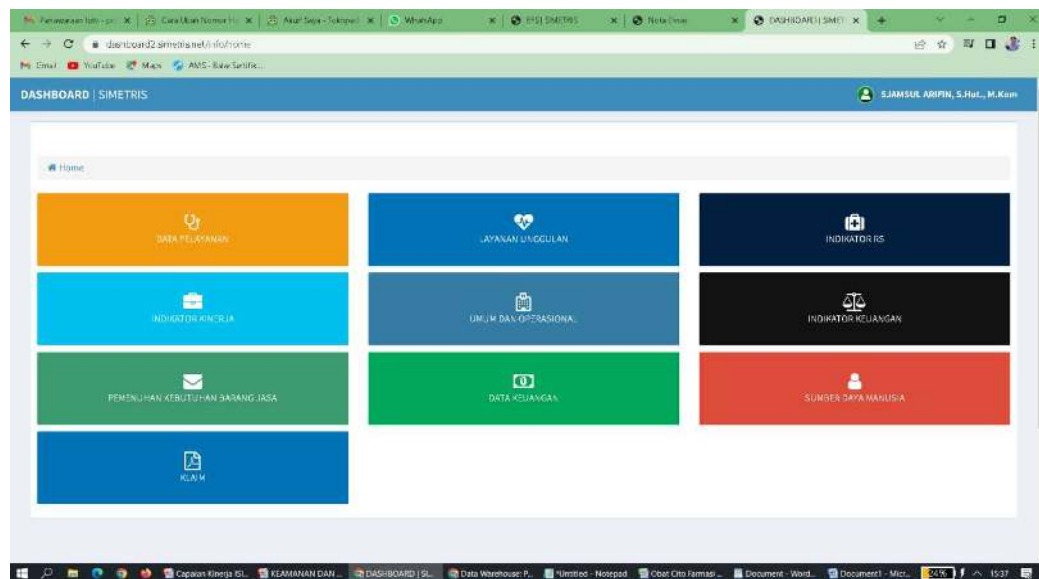
- 2) *Data warehouse*

Data warehouse atau gudang data adalah sebuah sistem yang bertugas mengarsipkan sekaligus melakukan analisis data historis untuk menunjang keperluan informasi pada sebuah bisnis ataupun organisasi, dalam pemanfaatan RS *Data Warehouse* ini adalah cikal bakal dari BI (*Bussines Intelligence*), Saat ini pemanfaatan data *warehouse* berupa *dashboard - dashboard* yang bisa di akses oleh para manajemen. Sistem data *warehouse* inilah yang mengolah data dari *Big Data*

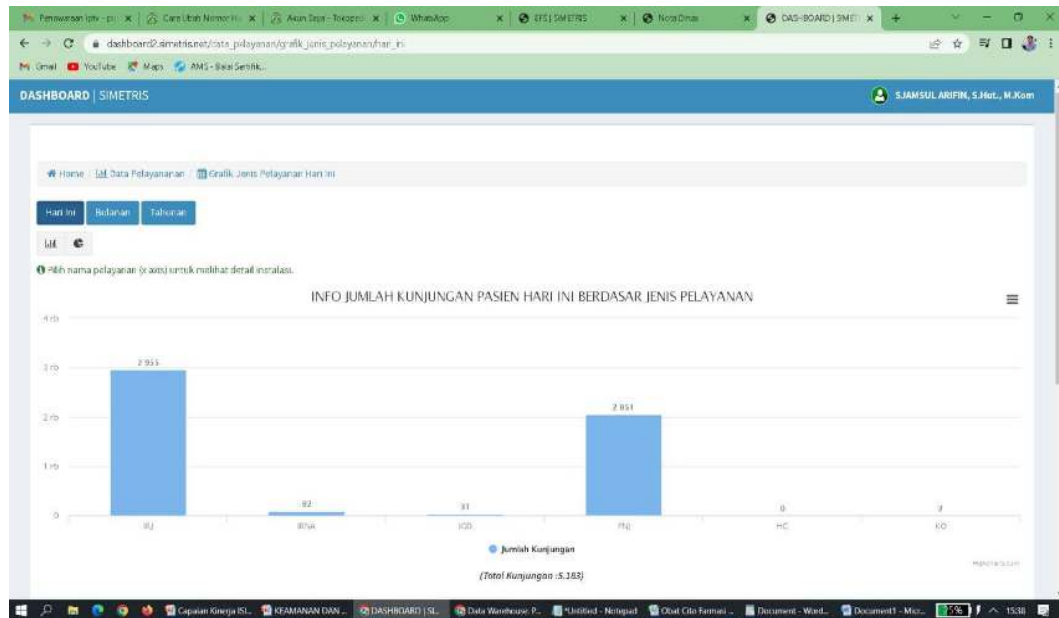
Tujuan dibuatnya *Data Warehouse* adalah Rumah sakit mempersiapkan suatu sistem dimana dengan adanya data *warehouse tersebut* dapat menampilkan *dashboard - dashboard* untuk keperluan manajemen dan kedepan dengan adanya data *warehouse* akan dikembangkan ke arah *Business Intelligence* (BI)



Gambar 3. 1. Tampilan Server Data Warehouse



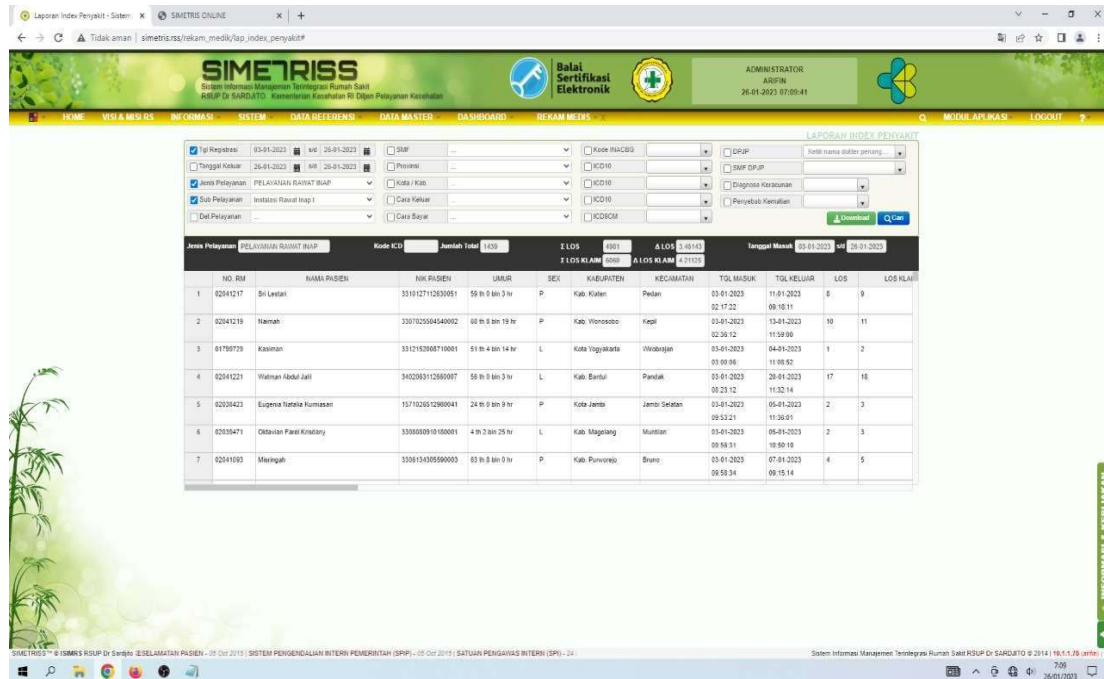
Gambar 3. 2. Tampilan Contoh Dashbord 1



Gambar 3. 3. Tampilan Contoh *Dashbord 2*

3) *Clinical research*

Aplikasi *Clinical research* yang dibuat bertujuan untuk pemanfaatan data2 untuk tujuan penelitian2 berbasis diagnose penyakit ICD 10 dan berdasar tindakan/ *procedure* ICD 9, harapan dengan aplikasi *clinical research* para peneliti dengan mudah memperoleh data yang diinginkan berdasarkan kata kunci/*filter* yang diinginkan.



Gambar 3. 4. Tampilan *user interface* aplikasi *clinical research*

4) *Live streaming* GBST

Live streaming GBST Adalah CCTV yang dikembangkan di ruang OK dengan tujuan bukan untuk mengamati ruang operasi namun untuk mengamati objek operasi, tujuan dari CCTV adalah untuk pembelajaran peserta didik karena tentunya jumlah peserta didik banyak dan ruang operasi dibatasi, sehingga dengan adanya CCTV yang diletakkan di lampu operasi akan memudahkan peserta didik untuk dapat melihat live operasi diruangan yang lain.

5) Regenerasi Server

Regenerasi *Server* adalah proses penggantian baru *server production* yang telah di peroleh dari tahun 2013, tujuan dari penggantian ini adalah utuk meningkatkan performa dan kecepatan akses data yang sangat berpengaruh terhadap transaksi sistem informasi dan kenyamanan pengguna.

- b. Realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) Tahun 2022 merupakan akumulasi realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.
- c. Realisasi indikator Persentase terpenuhinya kebutuhan IT RS (Terintegrasi) Tahun 2022 lebih besar dibanding target Tahun 2023, dan sama dengan target Tahun 2024.
- d. Analisa Penyebab Keberhasilan
Faktor-faktor yang menjadi penyebab tercapainya 4 item yang tercantum dalam target tahun 2022 dikarenakan kegiatan sudah direncanakan secara baik, ketersediaan alokasi anggaran, dan ketersediaan SDM yang kompeten. Modul tersebut mampu diselesaikan oleh ISIRS dikarenakan support, komitmen, dan dukungan pimpinan serta kemampuan sumber daya di ISIRS.
- e. Kendala
Pada kegiatan Pengembangan *live streaming* tahun 2022 di OK IKBA dilakukan dengan *Pilot Project* di salah satu ruang OK GBST Lantai 5. Untuk Pengembangan infrastruktur *live streaming* di OK GBST sudah dilakukan di salah satu Kamar Operasi. Implementasi secara keseluruhan memerlukan pengadaan infrastruktur *live streaming* untuk keseluruhan ruang operasi.
- f. Efisiensi
Pada tahun 2022 ada beberapa efisiensi yang dilakukan yaitu efisiensi biaya pengeluaran rumah sakit sebesar 60% yang selama ini membutuhkan sekitar Rp 8.000.000.000 untuk pembelian film radiologi. Dengan menggunakan system PACS (*Picture Archiving and Communication System*), maka kebutuhan film radiologi turun drastis menjadi Rp 2.000.000.000.
Efisiensi lain adalah minimalisir penggunaan kertas (*paperless*) seperti tidak adanya lagi berkas rekam medic (*EMR*), resep, pengurangan tenaga distribusi kertas. Keuntungan lain dengan adanya EMR yaitu dapat meminimalisir kesalahan baca saat *coding* atau pembacaan resep, dan lain-lain.

13. Indikator Rasio Kas

a. Definisi operasional indikator Rasio Kas

Kas adalah uang tunai atau saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan BLU, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/ BPJS) yang belum menjadi hak BLU

Setara Kas (*Cash Equivalent*) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat likuid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan tanpa menghadapi risiko perubahan nilai yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. Contoh setara kas antara lain deposito berjangka kurang dari 3 bulan dan cek yang jatuh tempo kurang dari 3 bulan.

Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/ diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 bulan setelah tanggal neraca.

b. Formula perhitungan :

$$\frac{\text{Kas dan setara kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Rasio Kas (*Cash Ratio*) Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.16. di bawah ini.

Tabel 3. 16. Realisasi indikator Rasio Kas (*Cash Ratio*) Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	240% < RK ≤ 300%	109,21%	252,45%	
2.	2021		187,91%	1.207,16%	
3.	2022		240%	222,01%	
4.	2023		225,76%		
5.	2024		228%		

Dari Tabel 3.16. terlihat bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 Realisasi indikator Rasio Kas (*Cash Ratio*) tidak sehat dibanding target
- 2) Realisasi indikator Rasio Kas (*Cash Ratio*) Tahun 2022 juga tidak sehat seperti realisasi Tahun 2020 dan Tahun 2021.

- 3) Realisasi indikator Rasio Kas (*Cash Ratio*) Tahun 2022 tidak sehat dibandingkan target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Kendala
Dari sisi kas dan setara kas sudah dilakukan optimalisasi *idle cash* berupa investasi jangka pendek namun di sisi kewajiban jangka pendek terdapat kenaikan nilai diatas proyeksi akhir tahun.
- 5) Faktor Penyebab
Kurangnya monitoring penerimaan barang dan pembayaran di akhir tahun
- 6) Upaya
Penguatan monitoring penerimaan barang dan pembayaran di akhir tahun oleh PPK.

14. Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)

- a. Definisi operaisonal indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional adalah :

perbandingan antara Pendapatan PNBPN dengan Biaya Operasional.

Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/ jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, **tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).**

Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. **Tidak termasuk biaya penyusutan.**

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

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

- c. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.17. dibawah ini.

Tabel 3. 17. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2020-2022

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	>65%	85%	81,52%	95,91%
2.	2021		95,95%	105,99%	109,27%
3.	2022		97%	103,13%	115,53%
4.	2023		99%		
5.	2024		99,72%		

Dari Tabel 3.15. terlihat bahwa :

- 1) Pada Tahun 2022 Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) sebesar 103,13% lebih besar dibanding target sebesar 97% dengan capaian sebesar 115,53%.
- 2) Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2022 lebih besar dibanding realisasi Tahun 2020 namun lebih kecil dibanding realisasi Tahun 2021.
- 3) Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2022 lebih besar dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024.
- 4) Analisa Penyebab Keberhasilan
 - a) Efisiensi beban/belanja
 - b) Optimalisasi pelayanan dan pengembangan produk layanan
- 5) Kendala
Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan yang disusun secara manual belum berdasarkan laporan keuangan dari aplikasi SAKTI
- 6) Upaya Solusi
Berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan RI untuk proses interkoneksi modul laporan keuangan

7) Efisiensi

Rumah Sakit menyediakan air minum bagi pasien dan karyawan rumah sakit yang diolah secara mandiri yaitu air minum Tirta Sardjito sejak 16 Maret 2019. Kapasitas mesin pengolahan air minum sebesar 30 liter/menit. Pada tahun 2022 telah mampu memproduksi sebesar 2.170 galon/bln atau 71 galon/hari yang berarti naik 6,34 % dibandingkan tahun 2021 yang sebesar 2.041 galon/bln atau 67 galon/hari. Produksi air minum ini didistribusikan ke berbagai ruangan diantaranya ruang ICU, PICU, instalasi rawat inap dan lain-lain.

Dari analisa realisasi di atas, maka masih terdapat 2 indikator perjanjian kinerja yang belum mencapai target yaitu *“Angka kepuasan peserta didik”* dan *“Rasio Kas (Cash Ratio)”*

B. REALISASI ANGGARAN

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2022 Revisi ke-11 yang terbit pada tanggal 17 November Tahun 2022 sebesar Rp1.484.438.367.000,00 dengan rincian terdiri dari bersumber Rupiah Murni sebesar Rp165.883.207.000,00 dan bersumber dari PNBPN BLU sebesar 1.226.285.000.000,00 serta Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp. 92.270.160.000,00

Realisasi penerimaan/ pendapatan sebesar Rp1.234.962.235.779 (83,19% dari target Rp1.484.438.367.000) yang terdiri dari dana Rupiah Murni sebesar Rp 164.767.841.863 (99,33% dari target sebesar Rp165.883.207.000,00), PNBPN BLU sebesar Rp1.023.392.903.886 (83,45% dari target sebesar Rp. 1.226.285.000.000,00) serta dari Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp 46.801.500.030 (50,72% dari target sebesar Rp92.270.160.000,00).

Realisasi pengeluaran/ belanja sebesar Rp1.132.521.010.552 (76,29% dari target Rp1.484.438.367.000) yang terdiri dari dana Rupiah Murni sebesar Rp 164.804.392.995 (99,35% dari target sebesar Rp165.883.207.000,00), PNBPN BLU sebesar Rp920.915.117.527 (75,19% dari target sebesar Rp. 1.226.285.000.000,00) serta dari Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp 46.801.500.030 (50,72% dari target sebesar Rp92.270.160.000,00)

C. PRESTASI

1. Penghargaan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2021 berlaku Januari 2022 – Januari 2025



Gambar 3. 5. Penghargaan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2021 berlaku Januari 2022 – Januari 2025

2. Penghargaan Kepada FKRTL Dengan Nilai Pemanfaatan dan Presentasi Kelengkapan Antrean *Online* Tertinggi Prov DIY



Gambar 3. 6. Penghargaan Kepada FKRTL Dengan Nilai Pemanfaatan Dan Presentasi Kelengkapan Antrean *Online* Tertinggi Prov DIY

3. Piagam Penghargaan “Indonesia *Wellness & Health Tourism Award I-2022 Hospital Destination Of The Year*”



Gambar 3. 7. Penghargaan Indonesia *Wellness & Health Tourism Award I – 2022 Hospital Destination Of The Year*

4. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik dengan Judul Inovasi Pembelajaran Ketrampilan Intervensi Nyeri Berbasis Aplikasi Gawai: Era Baru Pendidikan Kedokteran Di Masa Covid-19 untuk Kategori Ketahanan Institusi Publik di Masa pandemi danantisipasi di Masa Pasca Pandemi Covid-19 untuk dr. Mahmud Sp.An., M.Sc., KMN (K) anggota KSM Anesthesi dan Reanimasi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta



Gambar 3. 8. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik Dengan Judul Inovasi Pembelajaran Ketrampilan Intervensi Nyeri Berbasis Aplikasi Gawai

5. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik dengan Judul Inovasi Aplikasi Hemovigilance Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Transfusi Darah untuk Kategori Inovasi Pelayanan Publik yang Inklusif dan Berkeadilan untuk Dr.dr. Teguh Triyono M.Kes, Sp.PK(K) anggota KSM Patologi Klinik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta



Gambar 3. 9. Penghargaan Inovasi Pelayanan Publik Dengan Judul Inovasi Aplikasi Hemovigilance Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Transfusi Darah Untuk Kategori Inovasi Pelayanan Publik Yang Inklusif Dan Berkeadilan

6. Penghargaan sebagai 5 peserta terbaik Dalam Webinar Serial #1 kegiatan Internalisasi Pilar Transformasi Kesehatan dan ASN BerAKHLAK yg di ikuti seluruh PNS dan PPPK di Kementerian Kesehatan yang diselenggarakan oleh Pusat Pengembangan Kompetensi ASN Kementerian Kesehatan Tahun 2022 untuk dr. Naomi Yoshuantari, Sp. PA anggota KSM Patologi Anatomi



Gambar 3. 10. Penghargaan 5 Peserta Terbaik Dalam Webinar Serial #1 Kegiatan Internalisasi Pilar Transformasi Kesehatan dan ASN Berakhlak

7. Penghargaan RS Kelas A dalam Implementasi Antrian Online Terbaik
BPJS Kesehatan Cabang Sleman menyelenggarakan kegiatan Faskes Award dan memberi penghargaan kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Kelas A dalam Implementasi Antrian Online Terbaik.



Gambar 3. 11. Penghargaan RS Kelas A dalam Implementasi Antrian *Online* Terbaik

8. Penghargaan Kompetisi *Call Center*
Pada Tanggal 21 Oktober Tahun 2022 Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI sesuai surat keputusan No. KP.04.04/ V/8819/ 2022 telah memberi Penghargaan kompetisi *Call Center* kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan meraih predikat BAIK (Nilai = 80)



Gambar 3. 12. Penghargaan Kompetisi *Call Center*

9. Penghargaan juara 1 Untuk Kategori “*Quality and Patient Safety*”, dengan Judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD.
Dalam PERSI AWARD 2022 yang diselenggarakan pada 22 Oktober 2022 di Jakarta Convention Center dengan PIC : dr. Bowo Adiyanto, Sp.An, KIC, M.Sc.



Gambar 3. 13. Penghargaan juara 1 Untuk Kategori “*Quality and Patient Safety*”, dengan Judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD

10. Penghargaan *Excellence Award 2022* untuk kategori “*Quality and Patient Safety*”, dengan judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD dengan metode FMEA.
Dalam PERSI AWARD 2022 yang diselenggarakan pada 22 Oktober 2022 di Jakarta Convention Center dengan PIC : dr. Bowo Adiyanto, Sp.An, KIC, M.Sc.
Excellent Award yang diberikan pada inovasi yang diimplementasikan secara sistematis dan mengandung kebaruan.



Gambar 3. 14. Penghargaan *Excellence Award 2022* untuk kategori “*Quality and Patient Safety*”, dengan judul Penggunaan digital Panduan Praktek Klinik PPK ALTEM IGD dengan metode FMEA

11. Penghargaan Juara 3 Untuk Kategori “*Healthcare Workers Wellbeing*”, Dengan Judul Program Penapisan Dengan *Self Reporting Questionnaire* Dalam PERSI AWARD 2022 yang diselenggarakan pada 22 Oktober 2022 di Jakarta Convention Center dengan PIC : Wahyu Damayanti, SKM, MM.



Gambar 3. 15. Penghargaan Juara 3 Untuk Kategori “*Healthcare Workers Wellbeing*”, Dengan Judul Program Penapisan Dengan *Self Reporting Questionnaire*

12. Penghargaan *Go Green, Save The Planet*
Dalam rangka upaya perlindungan terhadap lingkungan hidup, kelestarian alam dan dukungan bagi sosial ekonomi masyarakat, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mendapat penghargaan Go Green Save The Planet pada tanggal 29 Oktober 2022 dari International Community Services.



Gambar 3. 16. Penghargaan Go Green, Save The Planet

13. Penghargaan sebagai Rumah Sakit yang Telah Memenuhi Persyaratan Kesehatan Lingkungan dengan Predikat “SANGAT BAIK”
Kementerian Kesehatan RI dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 Tahun 2022 dan percepatan transformasi kesehatan telah memberi penghargaan kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah Sakit yang Telah Memenuhi Persyaratan Kesehatan Lingkungan dengan Predikat “SANGAT BAIK” pada tanggal 9 November 2022 sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No. KH.01.07/ Menkes/ 1897/ 2022.



Gambar 3. 17. Penghargaan sebagai Rumah Sakit yang Telah Memenuhi Persyaratan Kesehatan Lingkungan dengan Predikat “SANGAT BAIK”

14. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokter Spesialis
Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada dr.Meirizal, Sp.OT(K), kategori Dokter Spesialis.



Gambar 3. 18. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokter Spesialis

15. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokter Pendidik Klinis

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada dr. Indah Kartika Murni, M.Kes.,Ph.D.,Sp.A(K), kategori Dokter Pendidik Klinis.



Gambar 3. 19. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Dokdiknis

16. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Bidan

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Dewi Puryati Ningrum,SST, kategori Bidan.



Gambar 3. 20. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Bidan

17. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Tenaga Gizi

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Meike Mayasari, S.Gz, MPH, Dietisien, kategori Tenaga Gizi.



Gambar 3. 21. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Tenaga Gizi

18. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Kesmas/ Tenaga Promkes

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Nur Utami Hidayati, SKM, kategori Kesmas/ Tenaga Promkes.



Gambar 3. 22. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Kesmas/Tenaga Promkes

19. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Keterampilan Fisik

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Ika Wijayanti, S.Ftr, Ftr, kategori Keterampilan Fisik.



Gambar 3. 23. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Keterampilan Fisik

20. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori ATLM/ Teknik Biomedika

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Mochamad Syafi'ie, S.Tr.Rad, kategori ATLM/Teknik Biomedika.



Gambar 3. 24. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori ATLM/ Teknik Biomedika

21. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan

Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-58 (12 November) Tahun 2022 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Agung Sapto Budi Nugroho, ST, MM, kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan.



Gambar 3. 25. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2022 Kategori Tenaga Kesling



22. Penghargaan sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Terakreditasi Terbaik Kategori Rumah Sakit

Hasil Rapat Koordinasi Nasional Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Tahun 2022 pada tanggal 30 November Tahun 2022 telah memberi penghargaan kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Terakreditasi Terbaik Kategori Rumah Sakit.



Gambar 3. 26. Penghargaan sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Terakreditasi Terbaik Kategori Rumah Sakit

23. Penghargaan Pelapor Gratifikasi Inspiratif Tingkat Staf Tahun 2022

Pada tanggal 5 Desember Tahun 2022 Bapak Edi Sukoco, S.Kep.Ners yang merupakan Perawat Senior yang bertugas di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta telah menerima penghargaan sebagai Pelapor Gratifikasi Inspiratif Tingkat Staf Tahun 2022 dari Kementerian Kesehatan RI sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/Menkes/ 1938/2022



Gambar 3. 27. Penghargaan Pelapor Gratifikasi Inspiratif Tingkat Staf Tahun 2022

24. Penghargaan PKRS Award Tahun 2022

Bulan Desember 2022 RSUP Dr. Sardjito menerima penghargaan Juara I dalam rangka PKRS Award Tahun 2022



Gambar 3. 28. Penghargaan PKRS Award Tahun 2022

BAB IV

PENUTUP

Berdasarkan dokumen Perjanjian Kinerja yang ditandatangani Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito selaku Pihak Pertama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes terdapat 9 Sasaran Strategis yang terbagi menjadi 14 Indikator Kinerja (IK) yang merupakan janji Pihak Pertama untuk mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, berorientasi pada hasil, meningkatkan mutu dan mengutamakan keselamatan pasien di RSUP Dr. Sardjito.

Hasil pengukuran, pengelolaan data, dan pelaporan kinerja terdapat 12 Indikator Kinerja yang realisasinya sudah mencapai target yang ditetapkan, sedangkan 2 indikator kinerja belum mencapai target, yaitu *“Angka kepuasan peserta didik”*, dan *“Rasio Kas (Cash Ratio)”*.

Untuk meningkatkan pencapaian kinerja agar lebih baik maka perlunya perbaikan terus menerus dan berkesinambungan, peningkatan koordinasi serta kinerja Satuan Kerja/ Instalasi serta perlu komitmen seluruh pegawai mulai dari tingkat manajerial sampai pelaksana untuk terus berupaya dalam melakukan peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien.

Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 ini disusun dengan harapan dapat mencerminkan wujud nyata komitmen segenap jajaran Direksi dan Staf untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, transparansi, dan kinerja serta dapat digunakan Pimpinan dalam pengambilan keputusan.