

LAPORAN KINERJA (LKj)



RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Jln. Kesehatan 1, Sekip Yogyakarta
Telp. (0274) 587333 Fax. (0274) 565639
www.sardjito.co.id
2024

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KINERJA (LKj) RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA TAHUN ANGGARAN 2023

DISAHKAN DI : YOGYAKARTA
PADA TANGGAL : 31 JANUARI 2024

DIREKSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA

Direktur Utama



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

Plt. Direktur Medik dan Keperawatan



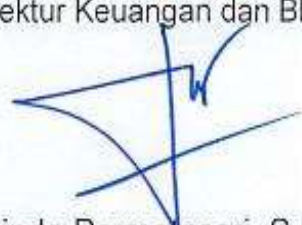
Dr. dr. Sri Mulatsih, SpA (K), M.P.H
NIP 196611082005012001

Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian



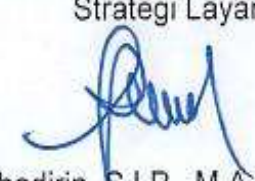
drg. Nusati Ikawahju, M.Kes
NIP 196812071994032003

Direktur Keuangan dan BMN



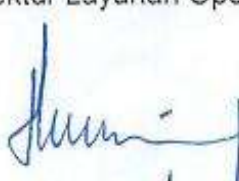
Linda Permatasari, S.E
NIP 919670220202310201

Direktur Perencanaan dan Pengembangan
Strategi Layanan



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

Direktur Layanan Operasioal



dr. Riat El Khair, Sp. PK (K), M.Sc.
NIP: 197608262008121002

TIM PENYUSUN

Pengarah

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

Direktur Utama

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

Plt. Direktur Medik dan Keperawatan

drg. Nusati Ikawahju, M.Kes

Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian

Khadirin, S.IP., M.A.R.S., M.H.

Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan

Linda Permatasari, S.E

Direktur Keuangan dan BMN

Ika Yuli Astuti, S.E., CIAP., M.Acc

Kepala Satuan Pemeriksaan Intern

Ketua

Mochammad Rochimul Umam, SE,Akt, M Kes

Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program

Sekretaris

dr. Ratih Haendrawati, M.P.H

Sub Tim Kerja Evaluasi Program

Anggota

drg. Elfi Rahmawati, M.P.H; dr. Fahmi Indrarti, SpPD (KGEH); Niken Dharmawati Cahyaningsih,

S.Kep., Ns, M.P.H; Endri Astuti, S.Kep., Ns, M.P.H; Dexiana Dewi Yuliasari, SE,Akt, MM;

Alit Iswahyudi, SE, M.P.H; Penta Yunianti, SE,MM; Wawan Ari Saputra, S.Kom; dr Agnes

Muryanti, SpA, M.P.H; Budi Setiawan, SKM, M.P.H; dr. Dewiyani Indah Widasari, Sp PA, Ph.D;

dr. Cahya Dewi Satria, M.Kes, Sp A(K); 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 2023. 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 2023. 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, 31 Januari 2024
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	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
RINGKASAN EKSEKUTIF	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. TUGAS DAN FUNGSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA	2
C. STRUKTUR ORGANISASI	3
D. SDM	8
E. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS	11
BAB II PERENCANAAN KINERJA	15
A. RENCANA STATEGI BISNIS	15
B. PERJANJIAN KINERJA	20
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	26
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI	26
B. REALISASI ANGGARAN	155
C. PRESTASI	158
BAB IV PENUTUP	168

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2023	8
Tabel 1.2.	Data DPJP berdasarkan KSM Tahun 2023.....	9
Tabel 1.3.	Data Peserta Didik Tahun 2023 (per Des 2023).....	10
Tabel 2.1.	Matriks Roadmap Pengembangan Layanan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024	16
Tabel 2.2.	Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024.....	17
Tabel 2.3.	Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2023.....	20
Tabel 3.1.	Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2023	29
Tabel 3.2.	Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2023 per bulan	29
Tabel 3.3.	Realisasi Indikator Angka Penundaan Operasi Tahun 2020-2023	35
Tabel 3.4.	Realisasi Indikator Angka Penundaan Operasi Tahun 2023 per bulan.....	35
Tabel 3.5.	Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.....	39
Tabel 3.6.	Realisasi Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi.....	39
Tabel 3.7.	Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	43
Tabel 3.8.	Realisasi Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 per bulan	43
Tabel 3.9.	Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit	46
Tabel 3.10.	Realisasi Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2023 per bulan.....	46
Tabel 3.11.	Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit.....	49
Tabel 3.12.	Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2023 per bulan.....	49
Tabel 3.13.	Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	52
Tabel 3.14.	Realisasi Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan Tahun 2023 per bulan	52
Tabel 3.15.	Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	55
Tabel 3.16.	Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2023 per bulan	55
Tabel 3.17.	Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	58
Tabel 3.18.	Realisasi Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap Tahun 2023 per bulan.....	58
Tabel 3.19.	Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi).....	61
Tabel 3.20.	Realisasi Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Tahun 2023 per bulan.....	61
Tabel 3.21.	Realisasi Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Tahun 2023 per bulan.....	62
Tabel 3.22.	Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	66
Tabel 3.23.	Realisasi Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 per bulan	66
Tabel 3.24.	Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	69

Tabel 3.25.	Realisasi Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023 per bulan	69
Tabel 3.26.	Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik	72
Tabel 3.27.	Realisasi Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Tahun 2023 per bulan	72
Tabel 3.28.	Indikator Implementasi <i>Translational Research (TR)</i>	75
Tabel 3.29.	Realisasi Indikator Implementasi <i>Translational Research (TR)</i> Tahun 2023 per bulan..	75
Tabel 3.30.	Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs	78
Tabel 3.31.	Realisasi Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs Tahun 2023 per bulan	79
Tabel 3.32.	Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS...	81
Tabel 3.33.	Realisasi Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS Tahun 2023 per bulan	82
Tabel 3.34.	Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama	84
Tabel 3.35.	Realisasi Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama Tahun 2023 per bulan	84
Tabel 3.36.	Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit.....	87
Tabel 3.37.	Realisasi Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit Tahun 2023 per bulan.....	87
Tabel 3.38.	Realisasi Layanan Unggulan VVIP sesuai RBA	87
Tabel 3.39.	Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	91
Tabel 3.40.	Realisasi Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Tahun 2023 per bulan	91
Tabel 3.41.	Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional.....	94
Tabel 3.42.	Realisasi Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023 per bulan	94
Tabel 3.43.	Indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit	96
Tabel 3.44.	Realisasi Indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit Tahun 2023 per bulan	97
Tabel 3.45.	Indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	99
Tabel 3.46.	Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS.....	102
Tabel 3.47.	Realisasi Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS.....	102
Tabel 3. 48.	Hasil Perhitungan Persentase SDM Sesuai Standar RS Tipe A.....	103
Tabel 3.49.	Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2023.....	110
Tabel 3.50.	Realisasi Indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2023 per bulan	110
Tabel 3.51.	Terlaksananya 20 Jam Pelatihan Per Karyawan Berdasarkan Profesi (per Sept 2023)	111
Tabel 3.52.	Budaya Organisasi *SARDJITO*	114
Tabel 3.53.	Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK	115
Tabel 3.54.	Realisasi Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 per bulan.....	115
Tabel 3.55.	Indikator Utilitas alat kesehatan	118
Tabel 3.56.	Realisasi Indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2023 per bulan.....	118
Tabel 3.57.	Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar.....	121

Tabel 3.58.	Realisasi Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	121
Tabel 3.59.	Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	123
Tabel 3.60.	Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023 per bulan	124
Tabel 3.61.	Indikator Integrasi <i>back office</i> dan <i>front office</i>	126
Tabel 3.62.	Realisasi Indikator Integrasi <i>back office</i> dan <i>front office</i> Tahun 2023 per bulan	126
Tabel 3.63.	Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital.....	128
Tabel 3.64.	Realisasi Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Tahun 2023 per bulan.....	129
Tabel 3.65.	Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.....	131
Tabel 3.66.	Realisasi Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023 per bulan	131
Tabel 3.67.	Indikator Maturitas BLU	135
Tabel 3.68.	Realisasi Indikator Maturitas BLU Tahun 2023 per bulan.....	135
Tabel 3.69.	Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNPB terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2020-2022.....	140
Tabel 3.70.	Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNPB terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2023 per bulan	140
Tabel 3.71.	Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	142
Tabel 3.72.	Realisasi Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 per bulan	143
Tabel 3.73.	Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	144
Tabel 3.74.	Realisasi Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 per bulan	144
Tabel 3.75.	Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	146
Tabel 3.76.	Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 per bulan	146
Tabel 3.77.	Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU.....	148
Tabel 3.78.	Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 per bulan.....	149
Tabel 3.79.	Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin.....	151
Tabel 3.80.	Realisasi Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin	151
Tabel 3.81.	Realisasi anggaran per sasaran strategis	155

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito.....	3
Gambar 1.2.	Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2023	9
Gambar 3.1.	Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2023	29
Gambar 3.2.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	39
Gambar 3.3.	Realisasi Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional Tahun 2020-2023	102
Gambar 3.4.	Realisasi Indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2023	110
Gambar 3.5.	Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2020-2023	140
Gambar 3.6.	Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit	158
Gambar 3.7.	Lomba Poster Ilmiah Akreditasi dalam acara PITSELNAS VII pada 15-17 Februari 2023	158
Gambar 3.8.	Piagam Penghargaan Lomba Jurnal Dalam Acara LARSI <i>Annual Meeting</i>	158
Gambar 3.9.	Piagam Penghargaan Kinerja Pengelolaan BMN Terbaik	159
Gambar 3.10.	Piagam Penghargaan Capaian PNBPN Aset Tertinggi.....	159
Gambar 3.11.	Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta kategori Anugerah BAPETEN	159
Gambar 3.12.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Dokter Gigi Spesialis	160
Gambar 3.13.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Dokter Pendidik Klinis.....	160
Gambar 3.14.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Dokter	160
Gambar 3.15.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Masyarakat.....	161
Gambar 3.16.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kebidanan	161
Gambar 3.17.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Biomedika	161
Gambar 3.18.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keteknisian Medis	162
Gambar 3.19.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Gizi.....	162
Gambar 3.20.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan.....	162
Gambar 3.21.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keterampilan Fisik.....	163
Gambar 3.22.	Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keperawatan	163
Gambar 3.23.	Penghargaan ASN Berprestasi Tahun 2023 Kategori <i>Inspiring Leader</i>	163
Gambar 3.24.	Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Instansi Penyelenggaraan Ukom JFK Terbaik kategori rumah sakit	164

Gambar 3.25. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai <i>Most Integrated</i> Terbaik 1 RS Vertikal	164
Gambar 3.26. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peserta Kompetisi <i>Call Center</i> Tahun 2023 Kelompok Rumah Sakit Level 2 berpredikat sangat baik	164
Gambar 3.27. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS paling berkomitmen dalam memberikan pelayanan terbaik bagi peserta JKN kategori RS Tipe A	165
Gambar 3.28. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Lembaga Perlindungan Khusus Ramah Anak yang memenuhi standar dengan nilai maksimum	165
Gambar 3.29. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Type A dengan Tata Kelola Pengajuan Klaim Terbaik Tingkat DIY dan Tingkat Nasional	165
Gambar 3.30. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Kategori “ Pelayanan Prima” Tahun 2023	166
Gambar 3.31. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai sebagai Peringkat 1 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik	166
Gambar 3.32. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik	166
Gambar 3.33. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai Peringkat III Rumah Sakit Vertikal dengan Rumah Sakit Pendidikan Terbaik	167
Gambar 3.34. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai <i>Best Transformation Hospital</i>	167

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 stratifikasi pelayanan; (e) terwujudnya pengampunan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit; (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 38 (tigapuluh delapan) 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 38 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai target yaitu: *Penundaan operasi elektif, Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit, Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik, Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK, dan Persentase nilai EBITDA Margin* sehingga capaian IKU/KPI RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 sebesar 86,84%.

Capaian Penundaan waktu operasi elektif walaupun belum mencapai target tetapi sudah menunjukkan perbaikan dari bulan ke bulan karena seluruh upaya telah dilakukan oleh RSUP Dr Sardjito untuk memperbaiki penundaan waktu operasi elektif, baik upaya perbaikan berupa mengoptimalkan Perencanaan pulang H-1, Sosialisasi kepada DPJP untuk dapat menginformasikan lebih awal jika terjadi halangan mendadak sehingga bisa diupayakan operator pengganti yang sesuai, Perbaikan sistem penjadwalan operasi, Upaya inovasi lain terus diupayakan agar penundaan operasi dapat dikurangi, dengan optimalisasi dashboard pelayanan operasi. Perbaikan system input data utk memetakan urutan operasi, penyebab keterlambatan & penjadwalan ulang (reschedule)

Indikator "*Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit*" sudah diperbaiki dengan usaha-usaha sebagai berikut: Memaksimalkan penanganan medis untuk menurunkan angka kematian, Meningkatkan kualitas pelayanan DPJP dan fasilitas pendukung, Meningkatkan komunikasi dengan rumah sakit jejaring/ perujuk melalui SISROUTE, Meningkatkan sarana prasarana dan peralatan untuk pasien kritis/ terminal, Audit medis/ kematian oleh Komite Medik untuk mendapatkan gap dan rekomendasi perbaikan, Pembahasan standar penurunan angka kematian untuk RS Vertikal pusat rujukan untuk dipertimbangkan melakukan eksklusi pada pasien dengan *terminal stage*.

Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik pada Semester 1 masih sedikit dibawah standar dan target, tetapi di Semester 2 tahun 2023 sudah mencapai standar dan target. Usaha perbaikan yang sudah dilakukan adalah: Membuat sistem dokumentasi/ pencatatan pelayanan DPJP di unit pelayanan sesuai dengan pasien yang dilayani, DPJP/

Pendidik klinis mengintegrasikan pendidikan klinis dalam pelayanan sesuai dengan level kompetensi dan tingkat supervisi peserta didik, Membuat sistem penilaian kinerja dokter yang memasukkan poin mengenai supervisi peserta didik, Sosialisasi kebijakan supervisi kepada seluruh DPJP dan KPS agar dapat berjalan sesuai tingkat supervise, Dilakukan monitoring update data peserta didik di sistem sehingga dapat lebih mudah dilakukan monitoring tingkat supervisi. Perbaikan data supervisi untuk area berisiko seperti kamar operasi.

Indikator “*implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK*” walaupun belum mencapai target tetapi sudah ada perbaikan disbanding semester sebelumnya. Upaya solusi yang sudah dilakukan adalah Membuat refreshing nilai-nilai berakhlak kepada tim AOC, Melakukan *feedback* nilai-nilai berakhlak kepada satuan kerja, Membuat sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai.

Upaya perbaikan Indikator “*nilai EBITDA Margin*” sudah dilakukan dengan melakukan langkah pengendalian Beban Farmasi dengan lebih ketat terutama pemakaian bahan Farmasi (Obat-obatan, BMHP & AMPH) sesuai formularium dan Clinical Pathway, monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap Panduan Praktek Klinis dan Clinical Pathway dan membuat sistem IT monitoring obat expired, mengusulkan kenaikan tarif layanan BPJS melalui Kementerian Kesehatan, dan RSUP Dr Sardjito sudah melakukan usaha untuk meningkatkan layanan Non BPJS dan *privilege*.

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2023 Revisi ke-12 yang terbit pada tanggal 28 Desember Tahun 2023 sebesar Rp1.596.747.834.000,00 dengan rincian terdiri dari bersumber Rupiah Murni sebesar Rp150.536.479.000,00 dan bersumber dari PNBP BLU sebesar Rp1.308.176.814.000,00 serta Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp138.034.541.000,00. Realisasi penerimaan/ pendapatan sebesar Rp1.567.756.759.680,01 (105,08% dari target Rp1.491.838.600.000). Realisasi pengeluaran/ belanja sebesar Rp1.497.629.816.699,00 (93,79% dari target Rp1.596.747.834.000,00)

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

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022, Nomor 964) Pasal 6 menyatakan bahwa RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana Pasal 6, maka RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta menyelenggarakan fungsi :

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
3. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
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 organisasi dan sumber daya manusia;
9. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
10. Pengelolaan sistem informasi;
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

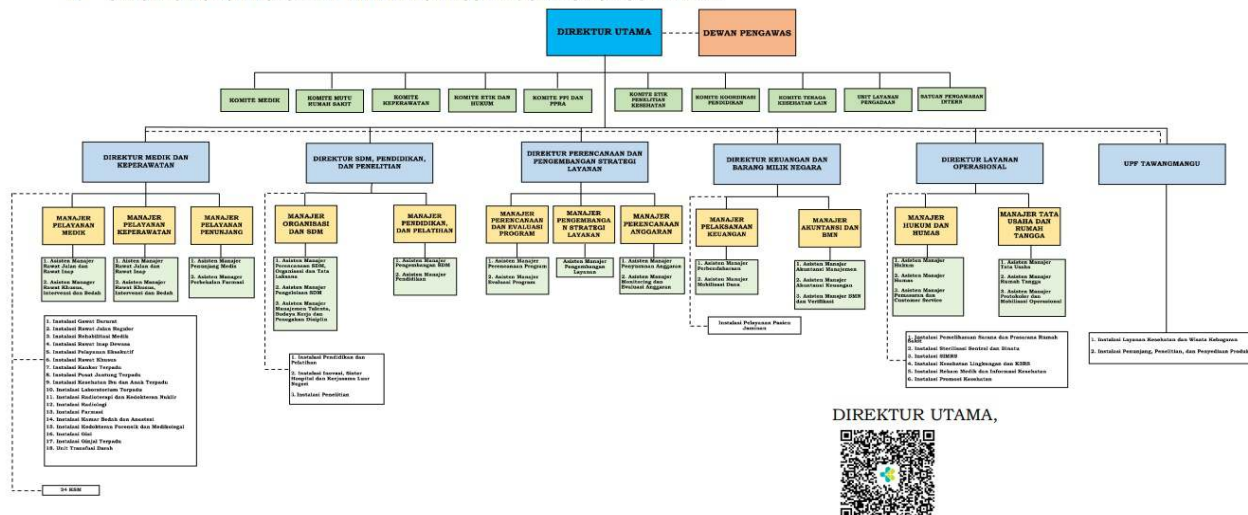
Selain melaksanakan fungsi sebagaimana diatas, RSUP yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

C. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta disusun berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022.

Lampiran Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta
 Nomor : OT.01.01/D.XI/32666/2023
 Tanggal : 20 Desember 2023
 Tentang : Perubahan Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

A. STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA



Gambar 1.1. Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Kementerian Kesehatan, pada tanggal 18 April 2023 Direktur Utama menetapkan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor: OT.01.01/XI.4/8120/2023, tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Dalam rangka penyesuaian kebutuhan layanan, maka Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta memandang perlu dilakukan penyesuaian Organisasi Non Struktural, sehingga perlu dilakukan perubahan pada tanggal 20 Desember 2023, dengan menetapkan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor: OT.01.01/D.XI/32666/2023 tentang Perubahan Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sesuai bagan diatas.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Lingkungan Kementerian Kesehatan pasal 117 dinyatakan bahwa B2P2TOOT Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional di Tawangmangu terintegrasi kedalam RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. Hal tersebut dilakukan dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelayanan. Proses integrasi ini meliputi integrasi sumber daya manusia, sarana prasarana serta anggaran. Sehingga pada tanggal 27 Juni 2023 UPF Tawangmangu bergabung dengan RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA

1. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Utama

- a. Tugas : menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.
- b. Dalam menjalankan tugasnya Direktur Utama menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - 1) Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
 - 2) Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
 - 3) Pengelolaan pelayanan non medis;
 - 4) Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - 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 organisasi dan sumber daya manusia;
 - 9) Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
 - 10) Pengelolaan system informasi;
 - 11) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
 - 12) Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

2. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Medik dan Keperawatan

- a. Tugas : melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan non medis.
- b. Dalam melaksanakan tugasnya, Direktur Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi :
 - 1) Pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
 - 2) Pengelolaan pelayanan nonmedis;
 - 3) Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
 - 4) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat

3. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

- a. Tugas : melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian dibidang pelayanan Kesehatan.

- b. Dalam melaksanakan tugasnya Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - 1) Penataan organisasi dan tata laksana;
 - 2) Pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
 - 3) Pengelolaan pendidikan, dan pelatihan dibidang pelayanan kesehatan;
 - 4) Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan
 - 5) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat
- 4. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan
 - a. Tugas : melaksanakan urusan perencanaan dan pengembangan strategi layanan.
 - b. Dalam melaksanakan tugasnya Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - 1) Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
 - 2) Pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - 3) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit;
 - 4) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.
- 5. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara
 - a. Tugas : melaksanakan pengelolaan keuangan dan barang milik negara
 - b. Dalam melaksanakan tugasnya Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - 1) Pelaksanaan urusan perbendaharaan;
 - 2) Pelaksanaan anggaran;
 - 3) Pelaksanaan urusan akuntansi;
 - 4) Pengelolaan barang milik negara;
 - 5) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan anggaran rumah sakit; dan
 - 6) Pemantauan, evaluasi dan pelaporan direktorat
- 6. Tugas Pokok dan Fungsi Direktur Layanan Operasional
 - a. Tugas : melaksanakan urusan layanan operasional
 - b. Dalam melaksanakan tugasnya Direktur Layanan Operasional menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :
 - 1) Pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
 - 2) Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
 - 3) Pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;

- 4) Pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- 5) Pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- 6) Pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- 7) Pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- 8) Pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; dan
- 9) Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

7. Tugas Pokok dan Fungsi Kepala UPF Pelayanan Kesehatan Tradisional Tawangmangu adalah melaksanakan urusan pelayanan Kesehatan tradisional.

8. Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Satuan Pengawasan Intern adalah sebagai berikut:

- a. Menyusun dan melaksanakan rencana Pengawasan Intern;
- b. Menguji dan mengevaluasi pelaksanaan pengendalian intern dan sistem manajemen risiko;
- c. Melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran teknologi informasi, dan kegiatan lainnya;
- d. Memberikan saran perbaikan dan informasi yang objektif tentang kegiatan yang diawasi pada semua tingkat manajemen;
- e. Membuat laporan hasil Pengawasan Intern dan menyampaikan laporan tersebut kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas;
- f. Memberikan rekomendasi terhadap perbaikan/ peningkatan proses tata kelola dan upaya pencapaian strategi bisnis BLU;
- g. Memantau, menganalisis dan melaporkan pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi pengawasan oleh SPI, aparat pengawasan intern Pemerintah, aparat pemeriksaan ekstern Pemerintah dan Pembina BLU;
- h. Melakukan reviu laporan keuangan;
- i. Melakukan pemeriksaan khusus apabila diperlukan;
- j. Menyusun dan memutakhirkan pedoman kerja serta sistem dan prosedur pelaksanaan tugas SPI; dan
- k. Melaksanakan tugas lainnya berdasarkan penugasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

9. Dewan Pengawas dibentuk untuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit vertikal yang menerapkan PPK-BLU dan ketentuan terkait pembentukan, tugas, fungsi, tata kerja dan keanggotaan dewan pengawas ditetapkan

sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1326/2023 tanggal 4 Mei 2023 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan. Dewas RS UPT Kemenkes bertugas:

- a. Melaksanakan pengawasan terhadap tugas dan tanggung jawab Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum yang dilakukan dengan mengarahkan, mamantau, dan mengevaluasi pelaksanaan kebijakan strategi Badan Layanan Umum; dan
- b. Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola Badan Layanan Umum, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

10. Tugas Pokok dan Fungsi Ketua Komite adalah memberi pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit. Pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1331/2023 dijelaskan bahwa terdapat 8 Komite yang terdiri dari: Komite Medik, Komite Mutu Rumah Sakit, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Etik Penelitian Kesehatan, Komite Koordinasi Pendidikan, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.

11. Tugas Pokok dan Fungsi Kepala Instalasi adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan tugas pokok dan fungsi instalasi secara baik;
- b. Melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan evaluasi pelayanan di instalasi;
- c. Melaksanakan koordinasi yang baik dengan seluruh jajaran manajemen rumah sakit dan instalasi dalam infrastruktur RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta secara lintas fungsi dan lintas sectoral;
- d. Melaksanakan manajemen SDM, logistik, dan layanan di satuan kerjanya;
- e. Menyusun rencana dan laporan kegiatan instalasi secara berkala dan insidental;
- f. Mengembangkan mutu pelayanan dan pendidikan sumber daya manusia;
- g. Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang diberikan atasan.

12. Tugas Pokok dan Fungsi Ketua Tim Kerja (Manajer):

- a. Menyusun lembar perencanaan kinerja (charter sheet) sebagai dasar penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan dan anggaran untuk pencapaian target kinerja;
- b. Melakukan pembagian peran anggota tim kerja;
- c. Melaksanakan tugas sesuai substansi tim kerja;
- d. Melakukan koordinasi antar tim kerja;

- e. Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan tugas sesuai substansi tim kerja;
- f. Menyusun laporan secara rutin; dan
- g. Menyampaikan laporan kepada pimpinan secara berkala.

13. Tugas Pokok dan Fungsi Kelompok Jabatan Fungsional adalah memberikan pelayanan fungsional dalam pelaksanaan tugas dan fungsi direktur sesuai dengan bidang keahlian dan keterampilan.

D. SDM

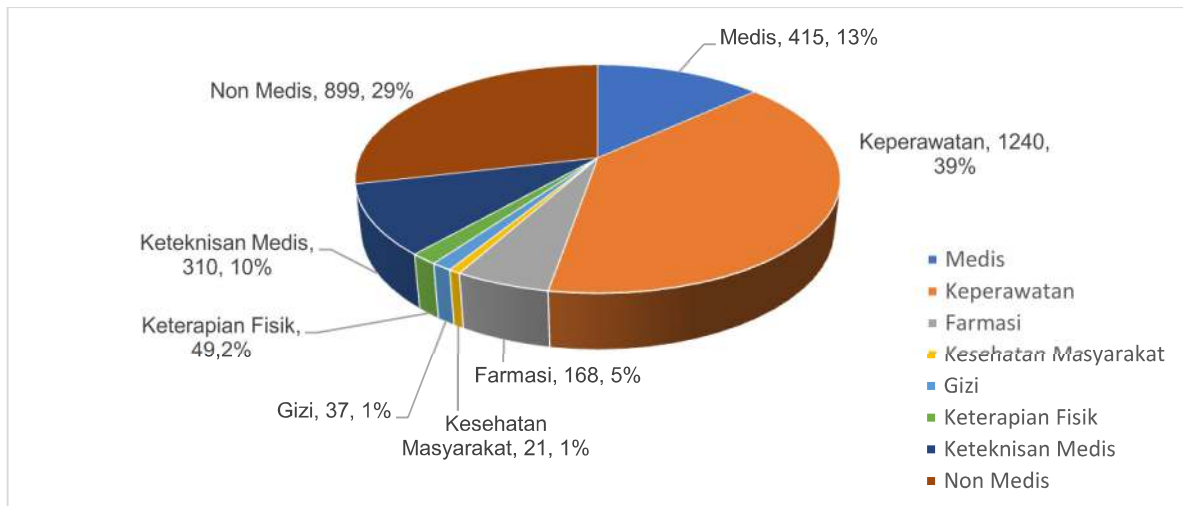
Dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai RS Pendidikan, yang mengelola pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan Kesehatan serta mengelola penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan Kesehatan, RSUP Dr Sardjito antara lain didukung tenaga medis, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medis, dan lain-lain, serta tenaga non kesehatan. Jumlah SDM di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta per 31 Desember 2023 yaitu 3.139 orang. Jumlah ini mengalami peningkatan sebanyak 217 orang atau 7,43% bila dibandingkan dengan kondisi tenaga pada akhir tahun 2022 yang berjumlah 2.922 orang. Hal ini disebabkan bergabungnya UPF Tawangmangu sejak tanggal 30 Juni 2023. 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 2023 adalah 3.139 orang, dengan rincian sesuai Tabel 1.1. dan Gambar 1.2. di bawah ini.

Tabel 1.1. Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2023

No	Jenis Ketenagaan				JENIS KEPEGAWAIAN							TOTAL
		KEMENKES		SK DEKAN	NON PNS							
		PNS	PPPK	FK	TETAP	KONT RAK	MITRA MURNI	MITRA PURNA	MITRA BKO	PKWT	PPNPN	
1	Medis (Umum + Sp.)	230	1	7	1	0	37	27	112	0	0	415
2	Keperawatan	823	80	0	145	22	0	0	0	168	2	1.240
3	Farmasi	91	40	0	9	15	0	0	0	10	3	168
4	Kesehatan Masy.	15	0	0	1	0	0	0	0	0	5	21
5	Gizi	28	1	0	6	0	0	0	0	2	0	37
6	Keterampilan Fisik	40	1	0	8	0	0	0	0	0	0	49
7	Keteknisian Medis	203	16	0	68	1	0	0	0	15	7	310
8	Non Medis	473	7	0	170	150	0	0	0	15	84	899
JUMLAH		1.903	146	7	408	188	37	27	112	210	101	3.139



Gambar 1.2. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2023

Dari Tabel 1.2. dan Gambar 1.2. di atas nampak bahwa komposisi jenis ketenagaan terbanyak adalah tenaga keperawatan sebanyak 1.240 orang (39%) dan komposisi jenis ketenagaan paling sedikit adalah Kesehatan Masyarakat 21 orang (21,2%).

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 2023 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai 24 Kelompok Staf Medis (KSM) dengan total Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebanyak 407 orang yang terinci sesuai Tabel 1.2. di bawah ini.

Tabel 1.2. Data DPJP berdasarkan KSM Tahun 2023

No	KSM	Dokter Umum/Gigi	Sp 1	Sp 2	Total
1	KSM Anestesi & Reanimasi		13	10	23
2	KSM Bedah		7	18	25
3	KSM Bedah Mulut		2	2	4
4	KSM Bedah Saraf		2	5	7
5	KSM Bedah Urologi		1	5	6
6	KSM Dokter Umum	51			51
7	KSM Geriatri			3	3
8	KSM Gigi & Mulut	1	3	2	6
9	KSM Jantung		4	17	21
10	KSM Jiwa		4	2	6
11	KSM Kebidanan dan Kandungan		9	15	24
12	KSM Kedokteran Forensik			3	3
13	KSM Kesehatan Anak		9	35	44

No	KSM	Dokter Umum/Gigi	Sp 1	Sp 2	Total
14	KSM Kulit dan Kelamin		4	10	14
15	KSM Mata		10	12	22
16	KSM Orthopedi dan Traumatologi		1	7	8
17	KSM Patologi Anatomi		2	9	11
18	KSM Patologi Klinik		7	12	19
19	KSM Penyakit Dalam		7	28	35
20	KSM Penyakit Paru		4	6	10
21	KSM Radiologi		9	14	23
22	KSM Rehabilitasi Medik		6	1	7
23	KSM Saraf		4	19	23
24	KSM THT-KL		4	8	12
	Total	52	112	243	407

Dari Tabel 2.2. di atas terlihat bahwa KSM Kesehatan Anak yang paling banyak mempunyai DPJP sebanyak 44 orang (10,81%) serta KSM Kedokteran Forensik, dan KSM Geriatri yang paling sedikit mempunyai DPJP yaitu masing-masing sebanyak 3 orang (0,74%)

c. Data Peserta Program Pendidikan

Pada Tahun 2023 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah Sakit Pendidikan dalam pelaksanaan fungsi pendidikan dan penelitian menerima peserta didik sebanyak 2.364 orang peserta didik dengan rincian sesuai Tabel 1.3. di bawah ini.

Tabel 1.3. Data Peserta Didik Tahun 2023 (per Des 2023)

No.	Jenis	Jumlah
1.	Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)	1323
2.	Program Pendidikan Subspesialis (Sp2)	131
3.	Koas	496
4.	Farmasi (S1, S2)	24
5.	Ners dan Perawat (D3, D4)	321
6.	Dietisien (D3,D4,S1)	27
7.	SKM, Promkes, Kesling	7
8.	Rekam Medis (D3) dan Informasi Kesehatan	5
9.	Fisioterapi, Ortotik Prostetik, Terapi Wicara (D3,D4)	17
10.	Teknik Radiologi, Teknologi Rekayasa Elektromedis	6
11.	Teknologi Lab Medis	6
12.	Tenaga Kesehatan Lain	1
Jumlah		2.364

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Pendidikan Kelas A, PPK BLU, dan RS Rujukan Tingkat Nasional, dengan cakupan pelayanan tidak terbatas di DIY, Propinsi Jawa Tengah Bagian Selatan, Propinsi Jawa Barat Bagian Timur dan Propinsi Jawa Timur Bagian

Barat, namun sampai ke seluruh provinsi di Indonesia dari Sumatra, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, NTT sampai Papua. RS ini mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan melalui peningkatan kesehatan dan pencegahan serta upaya rujukan.

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah sakit jaringan rujukan dikembangkan untuk melayani 9 jenis penyakit prioritas dengan angka kesakitan dan kematian tertinggi secara nasional, antara lain; penyakit jantung, kanker, diabetes melitus, penyakit ginjal, penyakit hati, stroke, TBC, penyakit menular, serta kesehatan ibu dan anak. Selain itu RSUP Dr Sardjito juga melakukan Pengampuan pelayanan rumah sakit, dimana bertugas untuk melakukan pengawasan, pendampingan dan pembinaan dalam pelayanan jantung, kanker, diabetes mellitus (DM), ginjal / uro-nefro, hati, stroke / otak, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tuberculosis (TB) dan penyakit infeksi kepada rumah sakit lain yang belum sanggup/ cakap memberi pelayanan tersebut. Rumah sakit ampuan adalah RSUD yang berada di sekitar DIY dan diluar DIY.

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2023 mampu melakukan pelayanan rawat jalan sebanyak 688.698 kunjungan atau sebesar 117,13% dibandingkan Tahun 2022, rawat inap sebanyak 45.039 pasien atau sebesar 121% dibandingkan Tahun 2022 dan layanan gawat darurat sebanyak 27.863 kunjungan atau sebesar 129,45% dibandingkan Tahun 2022.

E. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS

Dengan melihat tantangan di era informasi, maka RSUP Dr. Sardjito harus menetapkan strategi untuk mencapai tujuan finansial (*survival*), yaitu mengamankan tingkat remunerasi (*omset*), meningkatkan pendapatan (*optimalisasi asset*), mengurangi pemborosan operasional (*lean*).

Strategi bisnis disusun dengan mempertimbangkan kebijakan pemerintah (*kebijakan tarif BPJS dan kelas standar*) serta *disaster/emergency preparedness*. 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.

Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat dan menyempurnakan sistem kesehatan di Indonesia secara umum, dilakukan transformasi di bidang kesehatan. Terdapat

6 pilar transformasi kesehatan yaitu: 1. Transformasi layanan primer 2. Transformasi layanan rujukan 3. Transformasi sistem layanan kesehatan 4. Transformasi sistem pembiayaan kesehatan 5. Transformasi sumber daya manusia kesehatan 6. Transformasi teknologi kesehatan. Transformasi layanan rujukan yang dilakukan oleh Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan yaitu meningkatkan akses dan mutu layanan rujukan di seluruh Indonesia dengan melakukan jaringan pengampunan di layanan unggulan. Oleh sebab itu, terjadi perubahan Renstra Kementerian Kesehatan sebagai rumusan operasional atas gagasan dan konsep transformasi tersebut. Selain itu, strategi bisnis rumah sakit disusun dengan memperhatikan perubahan kebijakan Kementerian Kesehatan yaitu adanya transformasi pelayanan kesehatan dengan fokus pada Stratifikasi Pelayanan pada 9 penyakit Katastropik yaitu jantung, kanker, diabetes mellitus (DM), ginjal / uro-nefro, hati, stroke / otak, KIA, tuberculosis (TB) dan penyakit infeksi.

Pada tahun 2022, dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelayanan di lingkungan Kementerian Kesehatan dilakukan pengintegrasian tugas dan fungsi, sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta anggaran terkait pelayanan kesehatan pada Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional di Tawangmangu ke dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dengan pengintegrasian beberapa UPT Kementerian Kesehatan ke dalam Rumah Sakit Vertikal menjadi unit pelayanan fungsional sebagaimana dimaksud maka pelaksanaan tugas dan fungsi serta pengelolaan keuangan, pegawai, perlengkapan, dan dokumen yang dilaksanakan oleh Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1519) sepanjang yang mengatur tentang Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional di Tawangmangu dan hanya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dialihkan ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, yaitu :

- a. pelaksanaan pengembangan berbasis pelayanan di bidang tanaman obat dan obat tradisional;
- b. pelaksanaan kerja sama dan jaringan informasi pengembangan di bidang tanaman obat dan obat tradisional;
- c. pelaksanaan bimbingan dan pengembangan di bidang tanaman obat dan obat tradisional;

Sebagai bentuk tindak lanjut atas pengintegrasian B2P2TOOT Tawangmangu ke dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta maka disusunlah Program Pelayanan Kesehatan

Tradisional Terintegrasi berupa *Wellness Tourism and Medical Wellness (Individu Health Service)* yang tercantum dalam Program Kerja Strategis Rumah Sakit.

Dalam upaya penguatan sistem rujukan melalui optimalisasi peran RS UPT Vertikal, utamanya dalam mendorong peningkatan kualitas pelayanan sehingga mempercepat upaya penurunan angka kematian ibu dan anak, maka RSUP Dr. Sardjito termasuk di antara 6 RS Vertikal lainnya yang diusulkan Kementerian Kesehatan cq. Ditjen Pelayanan Kesehatan untuk memperoleh Pinjaman Luar Negeri (PLN) *The Islamic Development Bank (IsDB)*. Proyek pinjaman IsDB merupakan peluang yang potensial guna menutup kesenjangan (*Gap*) ketiadaan alokasi anggaran investasi Penguatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Terpadu. Namun demikian bantuan ini sekaligus menjadi tantangan bagi rumah sakit bagaimana *project* ini mampu memberikan nilai lebih bagi RSUP Dr. Sardjito guna berkontribusi secara signifikan mempercepat upaya penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Anak yang merupakan Sasaran Strategis RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020 – 2024 sekaligus target SDGs 2030 baik dalam lingkup nasional maupun lingkup Provinsi DIY dan sekitarnya. Selain itu proyek ini juga diharapkan mampu berkontribusi dalam meningkatkan kualitas kehidupan anak yang dilahirkan dengan kondisi kesehatan yang bermasalah, termasuk penyakit genetik tertentu atau kelaianan yang diwariskan kepada anak.

Dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan serta upaya meningkatkan kinerja, RSUP Dr Sardjito Yogyakarta telah menyiapkan alokasi anggaran dari berbagai sumber dana. Khususnya untuk penerimaan BLU rumah sakit diutamakan untuk pemenuhan kebutuhan operasional RS, meningkatkan fasilitas pelayanan dan pemeliharannya, meningkatkan kesejahteraan karyawan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta meningkatkan mutu pelayanan RS. Penerimaan RS diperoleh dari peningkatan volume dan jenis layanan serta program pengembangan layanan yang terdiri atas:

- Layanan Jantung Terpadu: *CABG Edvance, Intervensi katup pulmonal, VQ Scan, Operasi Repair Katup edvance, 3D Elektrofisiologi, Tindakan Vaskular*
- Layanan Kanker Terpadu: *PTD, Oncoplasty, Bone Marrow, Targeting Therapy, Comprehensive Neurooncology Management, Diagnostik Molekuler Kanker, Sitogenetika Keganasan, Liquid Biopsi*
- Layanan Otak dan Vaskuler : *Thrombectomy for Ischemic Stroke, Stereotactic Brain Surgery, Pediatric Endoscopic Management, Epilepsy Surgery, Bypass Intracranial Vascular Surgery, Intraoperative Monitoring*
- *Regenerative Medicine*

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2023 Revisi ke-12 yang terbit pada tanggal 28 Desember Tahun 2023 sebesar Rp1.596.747.834.000,00 dengan rincian terdiri dari bersumber Rupiah Murni sebesar

Rp150.536.479.000,00 dan bersumber dari PNPB BLU sebesar Rp1.308.176.814.000,00 serta Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp138.034.541.000,00. Realisasi penerimaan/ pendapatan sebesar Rp1.567.756.759.680,01 (105,08% dari target Rp1.491.838.600.000). Realisasi pengeluaran/ belanja sebesar Rp1.497.629.816.699,00 (93,79% dari target Rp1.596.747.834.000,00)

Pembiayaan modal di Tahun Anggaran 2023 yang bersumber dana dari BLU diprioritaskan untuk pemenuhan kebutuhan regenerasi peralatan khususnya alat kesehatan untuk peremajaan dan kebutuhan pengembangan layanan. Sedangkan pembiayaan modal yang bersumber dari Rupiah Murni direncanakan untuk meningkatkan mutu dan cakupan layanan kegawatdaruratan serta pusat diagnostik khususnya untuk pengadaan fasilitas sarana dan prasarana. Dalam rangka pemenuhan kebutuhan pengembangan layanan ibu dan anak selain dari dana BLU juga mendapatkan alokasi pinjaman luar negeri dari Islamic Development Bank (IsDB).

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.

Indikator Kinerja Utama disusun sesuai dengan sasaran strategis yang ditetapkan dengan kriteria spesifik: yang menyatakan secara jelas apa yang akan dicapai; *measurable*: hasilnya dapat diukur; *achievable*: sasaran yang menantang tetapi dapat dicapai; *realistic*: berdasarkan kondisi yang riil; *time bound*: mempunyai batasan waktu; *consistent/control*: konsistensi dengan strategi perusahaan; *continuous improvement*: menunjukkan upaya perbaikan berkelanjutan.

RSB RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020-2024 dilakukan reviu pada tahun 2021 dan Tahun 2022 dikarenakan adanya perubahan regulasi dan perubahan kondisi yang mempengaruhi tugas pokok dan fungsi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Hasil review terhadap indikator Kinerja Utama pada Rencana Strategis Bisnis didapatkan kondisi sebagai berikut:

- a. Adanya perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dengan PMK No 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang menyebabkan adanya perubahan indikator kinerja di Tingkat Kementerian dan Eselon I Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang harus diturunkan kepada unit pelaksana teknis di lingkungan Direktorat Pelayanan Kesehatan.

- b. Sejalan dengan perubahan kebijakan tersebut maka perlu dilakukan penyesuaian atas indikator kinerja Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 untuk menyelaraskan dengan indikator kinerja turunan Ditjen Pelayanan Kesehatan.
- c. Revisi RSB RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020-2024 yang dilaksanakan pada Tahun 2022 terdapat perubahan yang sebelumnya terdapat 15 indikator kinerja utama untuk 9 sasaran strategis menjadi 38 indikator kinerja utama. Kegiatan Tahun 2023 merupakan pelaksanaan tahun keempat RSB Tahun 2020-2024. Matriks Roadmap Pengembangan Layanan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024 beserta Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024 tertuang di dalam tabel dibawah ini.

Tabel 2.1. Matriks Roadmap Pengembangan Layanan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024

NO	URAIAN	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Prioritas Layanan yang akan ditingkatkan/ dikembangkan	1. MCU 2. Pelayanan Bedah 3. Eye Center 4. Layanan Kanker 5. Pelayanan Covid-19	1. MIS & Endoskopik 2. Radiodiagnostik dan Radioteraphy 3. Pelayanan Covid-19	1. Layanan Jantung 2. Otak dan Vaskuler (stroke)	Kesehatan Ibu dan Anak	Kesehatan Ibu dan Anak
2	Pendukung tercapainya prioritas layanan					
	a. Sarana	Rehab Rawat Inap Tekanan Negatif (Dahlia 3, Dahlia 4, GK 1, OK IGD)	1. Gedung Parkir dan Perawatan 2. Renovasi Gedung Kedokteran Nuklir dan RIRA 3. ICU Tekanan Negatif (PUPR) 4. Rehab Rawat Inap Tekanan Negatif (IRNA I, eks HCU) 5. Rehab ruang HLA dan Frozen Section GBST	1. Rehab Telerobotic, 2. Rehab Gilut, 3. Rehab Binatu 4. Rehab Ruang Rawat Inap Kelas Standar JKN	Pembangunan Gedung Ibu dan Anak Terpadu	1. Pembangunan Gedung Ibu dan Anak Terpadu 2. Pembangunan Gedung IGD dan Diagnostic Center 3. Pembangunan Sardjito Advance Training Research Center (SAT-RC)
	b. Prasarana	Hepafilter Portable, PLN Premium	Contact Center, Autoclave, Hepafilter Portable, Pemindahan Jaringan PABX, Jaringan dan perangkat elektronik untuk	Renov CPOB untuk Radio Farmaka, Mesin cuci, dewatering untuk IPAL, Peralatan Instalasi Gizi, peralatan laboratorium	Regenerasi alat non medis / penunjang sarana pelayanan	Prasarana pendukung untuk Gedung Ibu dan Anak

NO	URAIAN	ROADMAP				
		2020	2021	2022	2023	2024
			EMR, AMDAL, Renov UPTD untuk CPOB			
	c. Alat Kesehatan	Linac, MRI, Cathlab, Neuronavigasi, CT Simulator, PACS, USG, Ventilator, Mesin Anestesi, Meja dan Lampu Operasi, USG Mata	Gamma Camera, Lift Estella, Telerobotic, Vaccum dan Sentral Kompresor (IRNA I, IRNA II, IGD),	Laser CO2, Telerobotic, ESWL, Heart Lung Machine, Instrumen bedah Jantung, mesin anesthesia, IOM	1.Regenerasi peralatan medis, 2.Peralatan kesehatan untuk mendukung stratifikasi pelayanan	1.Regenerasi peralatan medis, 2.Peralatan kesehatan untuk mendukung stratifikasi pelayanan
3	Kebutuhan Anggaran	1,131,768,271,000	1,259,933,435,000	1,456,604,408,000	1,473,552,018,000	1.690.841.509.000
4	Proyeksi Pendapatan	1,131,768,271,000	1,259,933,435,000	1,456,604,408,000	1,473,552,018,000	1.690.841.509.000
5	Kebutuhan SDM (Rincian pada Lampiran 3.4)	SDM untuk mendukung Pengembangan layanan MCU, bedah 24 jam, dan kanker terpadu	SDM untuk mendukung Pengembangan endoskopi center radioterapi dan MSCT	SDM keperawatan untuk layanan otak dan vaskuler (perawat cathlab non cardiac) SDM pelayanan jantung	Training dokter untuk Stratifikasi Pelayanan	SDM untuk mendukung Stratifikasi Pelayanan

Tabel 2.2. Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		SATUAN	STANDAR	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
(1)		(2)		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1.	Angka kepuasan pelanggan	%	≥ 85	85	85	85	86	86
2	Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	1.	Penundaan waktu operasi elektif	%	≤ 5	-	-	-	3	3
		2.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	%	100	-	85	90	97	97
		3.	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	%	≥ 80	-	-	-	80	80
		4.	Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit	%	≥ 80	-	-	-	80	80
		5.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	%	< 2,5	-	-	-	2,5	2,5
		6.	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	kali	2	-	-	-	2	2

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		SATUAN	STANDAR	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
		7.	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	-	-	-	80	80
		8.	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	%	≥ 80	-	-	-	80	80
		9.	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)	-	1 indikator tercapai setiap layanan	-	-	-	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan
		10.	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Laporan	12	-	-	-	12	12
		11.	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Laporan	12	-	-	-	12	12
3	Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat	1.	Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik	%	100	-	-	-	100	100
		2.	Implementasi <i>Translational Research</i>	Layanan	-	-	-	-	1	1
		3.	Terselenggaranya layanan berbasis <i>Genomic</i> sesuai dengan kekhususan <i>Hubs</i>	Layanan	1	-	-	-	1	1
		4.	Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	Sampel	200	-	-	-	200	200
4	Terwujudnya stratifikasi pelayanan	1.	Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama	Layanan	9	-	-	-	4	5
		2.	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit		Sesuai RBA	-	-	-	Sesuai RBA	Sesuai RBA
		3.	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	%	10	-	-	-	10	10
		4.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Layanan	1	-	-	-	1	1
5	Terwujudnya pengampunan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit	1.	Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit	Rumah sakit	-	-	-	-	6	6
		2.	Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	Rumah sakit	1	-	-	-	1	1
6	Terwujudnya SDM yang Profesional dan Berbudaya	1.	Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional	%	100	85	88	90	95	95

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)		SATUAN	STANDAR	TARGET				
						2020	2021	2022	2023	2024
		2.	Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	%	> 60	81	82	83	84	84
		3.	Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO - BERAKHLAK	%	≥ 95	-	-	-	95	95
7	Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai	1.	Utilisasi alat kesehatan	%	100	-	-	-	75	75
		2.	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	%	70	-	-	-	70	70
		3.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	%	95	-	-	-	95	95
8	Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi	1.	Integrasi back office dan front office	%	100	-	-	-	100	100
		2.	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	Sistem	1	-	-	-	1	1
		3.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	%	100	-	-	-	100	100
9	Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat	1.	Maturitas BLU		-	-	-	-	3,65	3,8
		2.	Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)	%	> 65	85	95,95	97	95	95
		3.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95,5	-	-	-	92,5	92,5
		4.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	95	-	-	-	95	95
		5.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	97	-	-	-	97	97
		6.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	95	-	-	-	95	95
		7.	Persentase nilai EBITDA Margin	%	Tipe organisasi 1, diatas 20%	-	-	-	20	20

B. PERJANJIAN KINERJA

Usulan Perjanjian Kinerja Tahun 2023 RSUP Dr. Sardjito dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI telah disetujui oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tanggal 30 Desember 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 2.3. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2023

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA	
	
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023	
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	: dr. Azhar Jaya, S.K.M., M.A.R.S
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, 30 Desember 2022	
Pihak Kedua,	Pihak Pertama
 dr. Azhar Jaya, S.K.M., M.A.R.S	 dr. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R
NIP 197106262000031002	NIP 196901102001122002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
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. Penundaan waktu operasi elektif	3%
		3. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	97%
		4. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80%
		5. Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit	80%
		6. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	2,5%
		7. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
		8. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80%
		9. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap	80%
		10. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)	1 indikator tercapai setiap layanan
		11. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan
		12. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
3.	TERWUJUDNYA TATA KELOLA RS PENDIDIKAN YANG BERMARTABAT	13. Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik	100%
		14. Implementasi <i>Translational Research</i>	1 layanan
		15. Terselenggaranya layanan berbasis <i>Genomic</i> sesuai dengan kekhususan <i>Hubs</i>	1 layanan
		16. Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	200 sampel
4.	TERWUJUDNYA STRATIFIKASI PELAYANAN	17. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama	4 layanan
		18. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit	Sesuai RBA
		19. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
		20. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
5.	TERWUJUDNYA PENGAMPUAN DAN PENGUATAN JEJARING PELAYANAN RUMAH SAKIT	21. Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit	6 rumah sakit
		22. Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1 rumah sakit
6.	TERWUJUDNYA SDM YANG PROFESIONAL DAN BERBUDAYA	23. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional	95%
		24. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	84%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		25. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO - BERAKHLAK	95%
7.	TERSEDIAANYA SARANA PRASARANA RS YANG MEMADAI	26. Utilitas alat kesehatan	75%
		27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		28. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%
8.	TERWUJUDNYA DIGITALISASI SISTEM DAN ADMINISTRASI YANG TERINTEGRASI	29. Integrasi <i>back office</i> dan <i>front office</i>	100%
		30. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem
		31. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
9.	TERWUJUDNYA KONDISI KEUANGAN RS YANG SEHAT	32. Maturitas BLU	3,65
		33. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)	95%
		34. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%
		35. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		36. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		37. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		38. Persentase nilai EBITDA Margin	20%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 1.341.302.121.000,00
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 132.249.897.000,00
Total	Rp. 1.473.552.018.000,00
Jakarta, 30 Desember 2022	
Pihak Kedua,	Pihak Pertama,
 dr. Azhar Jaya, S.K.M., M.A.R.S NIP 197106262000031002	 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 2023 sebesar Rp.1.473.552.018.000,00, sesuai DIPA Awal No. SP DIPA-024.04.2.415582/2023 yang terbit tanggal 30 November 2022, pada perjalanan waktu selama Tahun 2023 DIPA RSUP Dr. Sardjito mengalami revisi sebanyak 12 kali sesuai No. SP.DIPA-024.04.2.415582/2023 yang terbit tanggal 28 Desember 2023 dengan total anggaran terakhir sebesar Rp1.596.747.834.000,00 yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp1.461.211.355.000,00 dan Program Dukungan Manajemen Rp.145.536.479.000,00.

Penetapan anggaran RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2023 berdasarkan DIPA Tahun 2023 Revisi ke-12 sebesar Rp1.596.747.834.000,00 dengan rincian terdiri dari bersumber Rupiah Murni sebesar Rp150.536.479.000,00 dan bersumber dari PNBPN BLU sebesar Rp1.308.176.814.000,00 serta Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp138.034.541.000,00.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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 stratifikasi pelayanan; (e) terwujudnya pengampunan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit; (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 38 (tiga puluh delapan) 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 38 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai target yaitu: *Penundaan operasi elektif*, *Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit*, *Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAHLAK*, dan *Persentase nilai EBITDA Margin* sehingga capaian IKU/KPI RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 sebesar 89,47%.

Kendala dari realisasi indikator “Penundaan waktu operasi elektif” disebabkan belum tercukupinya ruang SICU/PICU paska operasi, Supervisi onsite DPJP belum optimal, Pemeriksaan *Frozen* pada hari sabtu tidak bisa di GBST, Koordinasi antar instalasi untuk penjadwalan operasi tepat waktu belum optimal. Langkah-langkah upaya solusi yang akan dilakukan adalah: Perencanaan pulang H-1 dioptimalkan, Sosialisasi kepada DPJP untuk dapat menginformasikan lebih awal jika terjadi halangan mendadak sehingga bisa diupayakan operator pengganti yang sesuai, Perbaikan sistem penjadwalan operasi, Upaya inovasi lain terus diupayakan agar penundaan operasi dapat dikurangi, dengan optimalisasi dashboard pelayanan operasi. Perbaikan system input data utk memetakan urutan operasi, penyebab keterlambatan & penjadwalan ulang (reschedule)

Kendala dari realisasi indikator “*Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit*” adalah Pasien di IRNA 90% adalah pasien BPJS, dengan kelas RS tipe A, di mana pasien yang diterima adalah pasien rujukan dari PPK II dg severity level 2-3, pasien sudah dalam kondisi parah saat masuk rumah sakit, RSUP Dr Sardjito menjadi pusat layanan paliatif & geriatri untuk rawat inapnya, pasien terbanyak yg dirawat IRNA

merupakan pasien dengan keganasan dan *critical ill*. Upaya Solusi yang dilakukan adalah Memaksimalkan penanganan medis untuk menurunkan angka kematian, Meningkatkan kualitas pelayanan DPJP dan fasilitas pendukung, Meningkatkan komunikasi dengan rumah sakit jejaring/ perujuk melalui SISRUITE, Meningkatkan sarana prasarana dan peralatan untuk pasien kritis/ terminal, Audit medis/ kematian oleh Komite Medik untuk mendapatkan gap dan rekomendasi perbaikan, Pembahasan standar penurunan angka kematian untuk RS Vertikal pusat rujukan untuk dipertimbangkan melakukan eksklusi pada pasien dengan *terminal stage*.

Kendala dari realisasi indikator “ *implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK*” adalah Peran kepala satuan kerja dalam melakukan sosialisasi nilai nilai budaya SARDJITO belum optimal. Belum semua karyawan berpartisipasi untuk mengikuti survei nilai berakhlak, Belum ada sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai, Tim *Agen Of Change*, belum dilakukan evaluasi implementasi terhadap panduan pembangunan kultur mutu dan budaya organisasi. Upaya solusi yang dilakukan adalah Membuat refreshing nilai-nilai berakhlak kepada tim AOC, Melakukan feedback nilai-nilai berakhlak kepada satuan kerja, Membuat sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai.

Kendala dari realisasi indikator “ *nilai EBITDA Margin*” adalah Rasio Beban persediaan terhadap pendapatan terutama beban farmasi masih cukup tinggi, Tarif layanan BPJS belum bisa mengcover biaya pelayanan. Upaya solusi yang dilakukan adalah Melakukan langkah pengendalian Beban Farmasi dengan lebih ketat terutama pemakaian bahan Farmasi (Obat-obatan, BMHP & AMPH) sesuai formularium dan CP, monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap PPK & CP dan membuat sistem IT monitoring obat ED, Mengusulkan kenaikan tarif layanan BPJS melalui Kementerian Kesehatan, Meningkatkan layanan Non BPJS dan *privilege*.

Penilaian terhadap 38 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 :

- 1) Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi/ pendapat dan penilaian pelanggan internal (Karyawan) dan eksternal: Masyarakat (Pasien dan keluarga pasien), Mitra Kerja, dan Peserta Didik) terhadap kinerja/ jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan /rumah sakit.
- 2) Responden adalah pelanggan yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.

- 3) Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari *Morgan* dan *Krejcie*. (cara penetapan sampel untuk semua komponen yang disurvei)
- 4) 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)
- 5) Survei Kepuasan Pelanggan adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pelanggan terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pelanggan.
- 6) Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang dikonversikan menjadi tingkat kepuasan dari kegiatan Survei Kepuasan Pelanggan sesuai tabel berikut :

NILAI PERSEPSI	NILAI INTERVAL (NI)	NILAI INTERVAL KONVERSI (NIK)	MUTU PELAYANAN (x)	KINERJA UNIT PELAYANAN (y)
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

- b. Formula Indikator Angka Kepuasan Pelanggan:

$$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$$

Hasil penilaian tersebut di atas dikonversikan dengan nilai dasar 25, hal tersebut untuk memudahkan interpretasi terhadap penilaian SKM yaitu antara 25 – 100 (Permenpan RB No. 14 Tahun 2017).

Pengumpul data mengumpulkan form kepuasan Masyarakat (pelanggan) yang sudah di isi baik melalui google form maupun hardcopy dan menghitung nilai indeks kepuasan Pelanggan

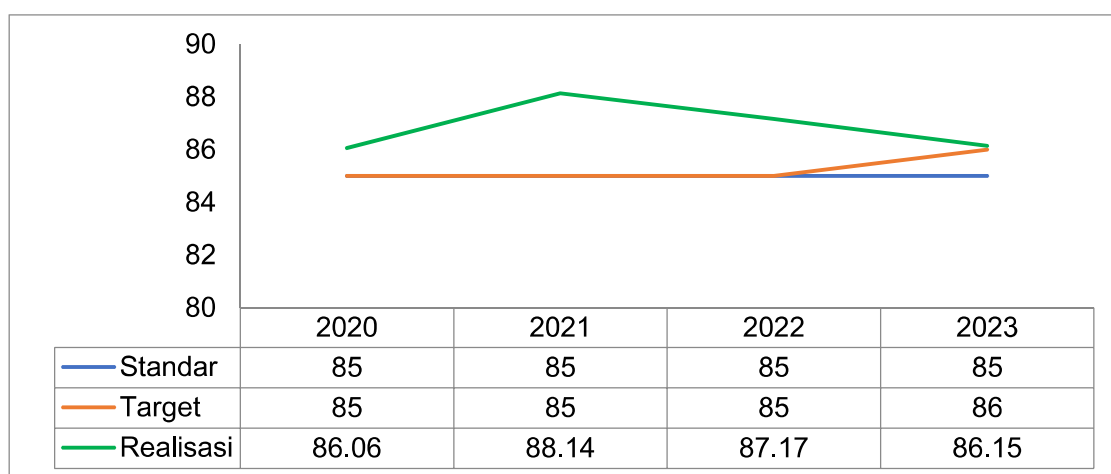
Pengumpulan data kepuasan Peserta didik, Mitra kerja dan SDM dilakukan tiap 3 bulan sekali, sedangkan pengumpulan data kepuasan masyarakat dilakukan 1 bulan sekali.

- 1) Inklusi : Internal meliputi SDM rumah sakit, eksternal meliputi masyarakat atau pasien, mitra kerja dan peserta didik
- 2) Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/ atau tidak ada keluarga yang mendampingi.

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

Tabel 3.1. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2023

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		86	86,15	100,2%
5.	2024		86		



Gambar 3.1. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2023

Tabel 3.2. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	86.58			86.04			86.03			86,07		

Dari Tabel 3.1. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator angka kepuasan Tahun 2023 sebesar 86,15 telah melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 86 dengan capaian realisasi sebesar 100,2% dibandingkan target.
- 2) Realisasi tahun 2023 sebesar 86,15 lebih rendah apabila dibandingkan dengan realisasi tahun 2022 sebesar 87,17, akan tetapi realisasi 2023 tersebut telah melebihi standar nasional, dimana standar nasional untuk angka kepuasan pelanggan hanya sebesar 85.
- 3) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2023 sebesar 86,15 capaian ini lebih rendah dibanding realisasi Tahun 2022 dan 2021 karena pengumpulan data survey mulai tahun 2023 terdiri dari survey pasien masyarakat, mitra kerja, peserta didik dan karyawan.
- 4) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2023 sebesar 86,15, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 86, sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 sebesar 100,2%.
- 5) Selama tahun 2023, survey kepuasan pelanggan di TW 1, 2, 3, dan 4 diatas target 86% seperti tampak pada tabel 3.2.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Seluruh upaya yang dilakukan oleh RSUP Dr. Sardjito ditujukan untuk meningkatkan kepuasan seluruh stakeholder, baik upaya peningkatan sarana prasaran, pemenuhan kebutuhan alat kesehatan maupun pemenuhan dan pengembangan sumber daya manusia. Secara detail penyebab keberhasilan indikator Angka Kepuasan Pelanggan diantaranya adalah :

- 1) Pengembangan teknologi pelayanan pendukung seperti : Pendaftaran *online*, TEKON, dan Layanan *Contact Center* 150705, perbaikan layanan parkir valley dan penambahan gedung parkir, makin baiknya waktu tunggu pelayanan rawat jalan, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan, transparansi remunerasi, kesempatan pengembangan SDM, dll.
- 2) 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.
- 3) Pengelolaan *issue public* dari hasil survei pada SKM/survei kepuasan pelanggan dilakukan setiap hari dengan melibatkan satuan kerja terkait

- untuk dapat dilakukan perbaikan segera dan mencegah berulangnya kembali keluhan pelanggan
- 4) Memberikan akses kemudahan bagi masyarakat atau pasien untuk melakukan evaluasi atau menyampaikan keluhan, yaitu memberikan kontak pengaduan dengan nomor Hp. 08112750500 dan melalui *barcode* pengaduan serta *link* <https://pengaduan.sardjito.co.id/>. Informasi layanan pengaduan melalui poster yang ditempel pada papan strategis pelayanan, medsos, dan website rumah sakit agar pengaduan dapat ditanggapi dengan cepat.
 - 5) Memberikan kemudahan informasi tentang layanan rumah sakit dengan mencantumkan nomor PIC pada *e-leaflet* dan di laman depan website agar mudah diakses masyarakat (misalnya untuk klinik Kalimosodo nomor Hp. 08562512960, layanan *fisiofit* 0811268953, layanan *homecare* 082242707070, dan sebagainya). *Whatsapp* Bisnis *Live Chat* sebagai layanan informasi 24 jam di nomor 082127221303 dan 08112753005, kontak *center* 1500705. Layanan Wijaya Kusuma 082136841456, Sardjito Estetik Center 587333 ext 1350 dan Layanan eksekutif Amarta 081326910246
 - 6) 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, dan sosial media melalui Instagram.
 - 7) Pengolahan data sudah dilakukan melalui komputer dengan menggunakan program *Ms Office (Excel)*.
 - 8) Hasil survei yang dilakukan sebagai masukan dari pelanggan disampaikan ke jajaran direksi dan ke satuan kerja terkait untuk perbaikan pelayanan.
 - 9) Sesuai dengan PermenPAN-RB Nomor 14 tahun 2017, RSUP Dr. Sardjito telah bekerjasama dengan lembaga eksternal untuk dapat melakukan survei kepuasan Masyarakat yang dilakukan minimal satu tahun sekali. Pada tahun 2022 dengan nilai 81,192 (B=Baik), tahun 2023 sedikit meningkat dengan nilai 81,6 (B=Baik).
 - 10) Dukungan manajemen rumah sakit terhadap layanan SDM, sudah adanya Panduan Pengelolaan Sumber Daya Manusia dengan SK Direktur Utama RSUP Dr Sardjito Yogyakarta No HK.02.03/XI.2/18571/2022, tanggal 30 September 2022. Rencana kerja program BerAkhlak. Pemberian reward dan konsekuensi terhadap

karyawan. Panduan Pelaksanaan Remunerasi yang tertuang di dalam SK Direktur Utama RSUP Dr Sardjito Yogyakarta No HK.02.03/D.XI/10268/2023 tanggal 18 Mei 2023 tentang Panduan Pelaksanaan Remunerasi Kepada Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai BLU di Lingkungan RSUP Dr Sardjito Yogyakarta.

e. Kendala

Kendala utama dalam pelaksanaan survey kepuasan pelanggan ialah terkait metode pengumpulan data. Saat ini pengumpulan data sudah menggunakan *google form* survei baik rawat inap, homecare, penunjang, rawat darurat maupun rawat jalan. Pengumpulan data pasien rawat inap dilakukan setelah pasien mendapatkan pelayanan minimal 3 hari atau pada saat akan pulang. Di rawat jalan diberikan saat pasien selesai melakukan chek in maupun pendaftaran rawat jalan melalui WA di nomor HP pasien yang tercantum di simetris atau melalui scan *barcode* yang ada di setiap layanan dan melalui aplikasi Klik Sardjito Aja. 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, instalasi radioterapi, kedokteran nuklir, laboratorium masih mengisi survei secara manual dikarenakan mengalami kendala jaringan internet.

Pengumpulan data untuk survei kepada mitra kerja dan peserta didik melalui link survei yang diberikan oleh satker terkait.

Kendala:

- 1) Tidak semua pasien mau mengisi link survei kepuasan Masyarakat, 80% pasien yang mengisi memberikan respon positif, sedangkan hampir 20% pasien memberikan masukan dan juga keluhan terhadap layanan.
- 2) Keterbatasan kemampuan pasien/ keluarga tentang IT di HP masing-masing. Minat yang kurang, merasa rumah sakit sudah baik.
- 3) Besaran sampel dan populasi tingkat rumah sakit sudah menggunakan tabel dari *Krejcie Morgan* dan memenuhi jumlah standar. Permasalahan yang ada ialah apabila perhitungan populasi dilakukan pada level yang lebih rendah yaitu pada level unit kerja, maka jumlah sampel untuk setiap

unit kerja masih belum memenuhi standar. Hal tersebut terjadi karena sebaran sample yang tidak merata

- 4) Kurangnya peran petugas untuk mengingatkan pasien/ keluarga pasien mengisi link survei kepuasan pelanggan.
- 5) Penyebar luasan link survei kepada mitra kerja dan peserta didik melalui satuan kerja kurang efektif.
- 6) Minat pengisian link survei pada pelanggan internal/ pegawai rumah sakit masih rendah.

f. Upaya Solusi

Dalam rangka peningkatan capaian hasil survey kepuasan pelanggan maka alternatif solusi untuk perbaikan kedepan yang dapat dilakukan ialah sebagai berikut:

- 1) 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*.
- 2) Melakukan proses perbaikan dari setiap ruangan dari masukan pelanggan dalam waktu 24 jam *issue public* disampaikan.
- 3) 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.
- 4) Di rawat jalan, setiap pagi petugas informasi mengingatkan pasien/ keluarga untuk mengisi link melalui speaker di setiap poliklinik.
- 5) Mengirimkan ulang bagi satuan kerja rawat Jalan untuk menambah sampel melalui Wa blast pada akhir bulan. Penyebar luasan link survei kepada mitra kerja dan peserta didik akan dilaksanakan oleh Hukormas berkoordinasi dengan satuan kerja.
- 6) Mengingatkan kembali kepada karyawan untuk berpartisipasi dalam survei kepuasan pegawai melalui WA blast.
- 7) Pemberian umpan balik hasil survei ke satuan kerja
- 8) Peningkatan mutu layanan diberbagai bidang
- 9) Peningkatan pengawasan kepatuhan jadwal dokter
- 10) Peningkatan sosialisasi jam pelayanan sesuai jam pada pendaftaran *online*

- 11) Pengaturan kembali penempatan pegawai sesuai dengan kompetensinya.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

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.

Efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2023 dibandingkan tahun 2022 sebagai berikut: Serapan tahun 2022 jumlah kertas HVS 5.041 rim dengan nilai Rp249.485.500,00. Serapan tahun 2023 jumlah kertas 1.651 rim dengan nilai Rp79.918.250,00. Terjadi efisiensi sebesar 68% dengan nilai Rp 169.567.250,00.

2. Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif

a. Definisi Operasional Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif:

Operasi elektif adalah operasi/tindakan pembedahan yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan dan dipersiapkan sehari sebelumnya. Operasi ini tidak harus segera dilakukan karena tidak memiliki indikasi ancaman pada nyawa atau kecacatan, dilakukan pada pasien yang kondisi baik bukan gawat darurat.

Penundaan operasi elektif adalah penundaan yang dilakukan terhadap operasi yang telah dijadwalkan, atau tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

b. Formula perhitungan Penundaan Waktu Operasi elektif:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif yang telah direncanakan}} \times 100\%$$

Pengumpul data menginput data di dalam worksheet berdasarkan jadwal dan pelaksanaan operasi dari EMR. Data disajikan dalam bentuk *excel* dan dianalisis menggunakan *runchart* untuk melihat *trend* capaian dari bulan-bulan sebelumnya

- 1) Inklusi : Pasien operasi elektif, operasi pertama
- 2) Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis dan penundaan lebih dari 8 jam.

- c. Realisasi indikator angka penundaan operasi sesuai Tabel 3.3. di bawah ini.

Tabel 3.3. Realisasi Indikator Angka Penundaan Operasi Tahun 2020-2023

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022	≤5%			
4.	2023		3 %	4,56%	48%
5.	2024		3 %		

Tabel 3.4. Realisasi Indikator Angka Penundaan Operasi Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	5,51	7,96	3,93	5,86	5,43	5,98	3,08	3,91	3,62	2,85	2,54	1,80

Dari Tabel 3.3. dan 3.4 dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Pada Tahun 2023 realisasi indikator angka penundaan operasi sebesar 4,56% lebih baik dibandingkan standar nasional ≤5%, tetapi lebih tinggi dari target yang ditetapkan 3%, dengan capaian sebesar 48%.
 - 2) Realisasi indikator angka penundaan operasi Tahun 2023 sebesar 4,56% masih dibawah target jangka menengah tahun 2024 sebesar 3%. Dimana realisasi tahun 2023 baru sebesar 48% dari target jangka menengah.
 - 3) Indikator angka penundaan operasi pada Tahun 2020-2022 belum masuk dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
 - 4) Realisasi indikator angka penundaan operasi Semester 1 Tahun 2023 masih lebih tinggi dari standar nasional, tetapi pada Semester 2 sudah lebih baik dibandingkan standar nasional, dan di TW 4 sudah dibawah target 3% karena manajemen sudah melakukan perbaikan-perbaikan seperti tersebut didalam analisis penyebab keberhasilan dan Upaya Solusi.
- d. Analisis Penyebab tidak tercapainya target indikator:
Realisasi indikator angka penundaan operasi Tahun 2023 belum mencapai target. Beberapa kendala penundaan operasi seperti:

- 1) Belum tercukupinya ruang SICU/PICU paska operasi oleh karena pasien SICU belum bisa stepdown ke SHCU/ ruang rawat inap.
- 2) Perubahan urutan jadwal didalam internal peer grup sehingga mempengaruhi persiapan operasi.
- 3) Supervisi onsite DPJP belum optimal
- 4) Pemeriksaan *Frozen* pada hari sabtu tidak bisa di GBST.
- 5) Faktor ketepatan jadwal operasi sebelumnya berpengaruh terhadap operasi selanjutnya. Jika operasi 1 terlambat maka operasi berikutnya akan mengalami penundaan.
- 6) Belum ada revisi update jadwal operasi selanjutnya di dalam sistem jika operasi sebelumnya terlambat / mundur.
- 7) Koordinasi antar instalasi untuk penjadwalan operasi tepat waktu belum optimal

e. Upaya solusi dalam mencapai indikator:

Seluruh upaya yang dilakukan oleh RSUP DR. Sardjito ditujukan untuk memperbaiki angka penundaan operasi, baik upaya perbaikan sistem, membuat inovasi, meningkatkan komitmen DPJP, meningkatkan supervise. Beberapa hal yang telah dilakukan adalah:

- 1) 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 penundaan pasien yang sudah direncanakan operasi. Upaya sistem penjadwalan ini juga akan mengurangi penundaan karena ketidaktersediaan ruang rawat intensif yang dibutuhkan pasien pasca operasi.
- 2) Pembuatan dashboard pelayanan operasi. Perbaikan system input data untuk memetakan urutan operasi, penyebab keterlambatan & penjadwalan ulang (*reschedule*).

Dalam upaya memperbaiki angka penundaan operasi, RSUP Dr Sardjito juga melakukan:

- 1) Perencanaan pulang H-1 akan terus dioptimalkan.
- 2) Sosialisasi kepada DPJP untuk dapat menginformasikan lebih awal jika terjadi hambatan atau halangan mendadak sehingga bisa diupayakan operator pengganti yang sesuai.

- 3) Perbaiki sistem penjadwalan operasi sehingga persiapan operasi dapat dilakukan sejak dari poliklinik agar jika terjadi hal yang abnormal bisa ditangani terlebih dahulu sebelum dijadwalkan.
- 4) Upaya sistem penjadwalan ini juga akan mengurangi penundaan karena ketidaktersediaan ruang rawat intensif yang dibutuhkan pasien pasca operasi.
- 5) Upaya inovasi lain akan terus diupayakan agar penundaan operasi dapat dikurangi, dengan optimalisasi dashboard pelayanan operasi. Perbaiki system input data utk memetakan urutan operasi, penyebab keterlambatan & penjadwalan ulang (reschedule)
- 6) Supervisi langsung Ka Instalasi/ PJ Pelayanan IKBA thd ketepatan jadwal operasi, jika belum siap setelah 30 menit dipertimbangkan pergantian jadwal.
- 7) Peningkatan tingkat supervisi DPJP di kamar operasi dengan pengaturan finger print & optimalisasi EMR di OK
- 8) Pengaturan jadwal operasi dari masing-masing KSM berkoordinasi dengan pengelola IKBA.

f. Analisis atas Efisiensi penggunaan Sumber Daya

- 1). 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)
- 2). Pendaftaran *online* operasi
Pendaftaran *online* dapat diakses 24 jam oleh semua pihak terkait sehingga memudahkan monev dan pelaporan
- 3). Penggunaan dashboard operasi bisa melihat jadwal eksisting dan pelaksanaan operasi secara realtime
- 4). *Frozen section*
Adanya layanan *frozen section* di IKBA hari Senin- Sabtu pada jam kerja sehingga hasil pemeriksaan PA pasien dapat langsung diketahui dan dilakukan tindakan.
- 6). Pendapatan dan biaya pada layanan rawat inap dengan tindakan operasi pasien JKN operasi Bedah saraf: 508 layanan dengan tarif InaCBG+ Top up Rp19.461.960.100,-, Total tarif RS Rp17.011.651.397,-, Total Cost Rp16.166.470.333,- sehingga terdapat selisih surplus Rp3.295.489.767,-.

Pendapatan dan biaya pada layanan rawat inap dengan tindakan operasi pasien Non JKN operasi Bedah Orthopedi: 170 layanan dengan tarif InaCBG+ Top up Rp4.156.864.360,-, Total tarif RS Rp4.156.864.360,-, Total Cost Rp3.802.541.605,- sehingga terdapat selisih surplus Rp354.322.755,-.

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

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

- 1) Sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) adalah sistem rujukan digital berbasis internat yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih tinggi atau sederajat (horizontal maupun vertikal) dengan tujuan mempermudah dan mempercepat proses rujukan pasien. Rumah Sakit dapat melakukan rujukan ke RS yang lebih tinggi sesuai dengan kebutuhan medis pasien yang dirujuk, aplikasi Sistrute ini sebagai sebuah solusi percepatan layanan digital, sehingga tercapai cita-cita pelayanan Rumah Sakit yang mampu laksana, tepat guna, dan efisien dalam pelaksanaannya.
- 2) Rujukan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.
- 3) Persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

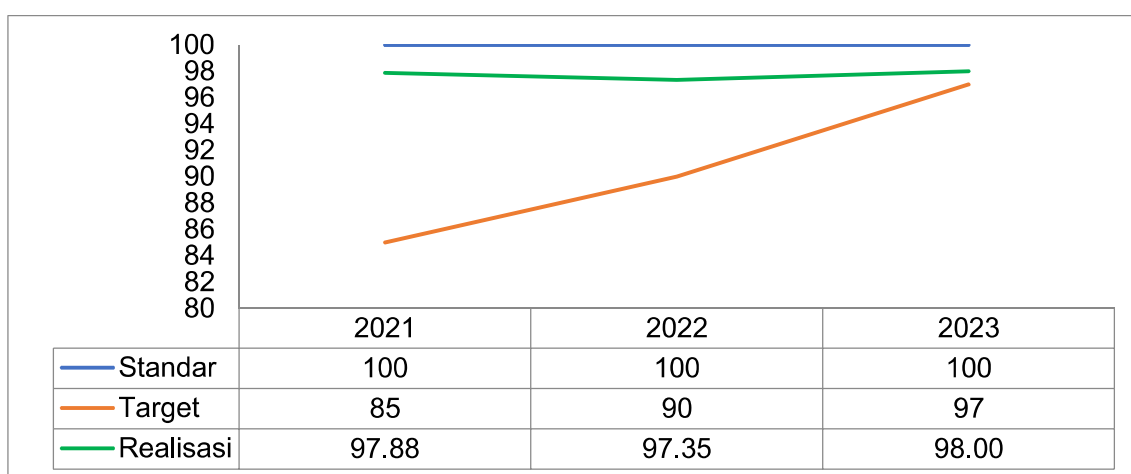
$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi : Pasien yang dirujuk melalui SISRUTE
- 2) Eksklusi: Pasien datang langsung tidak melalui SISRUTE

- c. Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.3. di bawah ini.

Tabel 3.5. Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021	100%	85%	97,88%	115,15%
3.	2022	100%	90%	97,35%	108,17%
4.	2023	100%	97%	98,00%	101,03%
5.	2024	100%	97%		



Gambar 3.2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Tabel 3.6. Realisasi Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	97	99	99	99	98	97	95	97	98	99	99	98

Dari Tabel 3.5. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023 sebesar 98% lebih baik dibandingkan target Tahun 2023 yaitu sebesar 97%, sehingga capaian kinerja pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal tahun 2023 ialah sebesar 101,03%.

- 2) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023 sebesar 98% lebih rendah dibandingkan dengan standar nasional sebesar 100%.
- 3) Realisasi indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023 sebesar 98% lebih baik dibandingkan target jangka menengah tahun 2024 sebesar 97%. Realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan target tahun 2024 ialah sebesar 101,03%.
- 4) 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.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan:

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi SISROUTE diantaranya adalah :

- 1) 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 yang bertugas melakukan pengembangan dan melaksanakan tugas sebagai tim yang akan memperbaiki, mengembangkan, melakukan evaluasi dan menjawab rujukan yang dilakukan melalui SISROUTE sesuai jadwal yang telah ditentukan oleh Kepala IGD dan Kepala KSM.
- 2) Sejak bulan Juli tahun 2023, terdapat tim *Prehospital Emergency Comunication Center (PECC)* yang merupakan divisi IGD untuk mengelola SISROUTE diberi kewenangan untuk mengakses dan melakukan respon terhadap rujukan SISROUTE dan menindaklanjuti rujukan, serta panggilan emergensi dari masyarakat.
- 3) Pada bulan Juli 2023 dibuat *dashboard* respon SISROUTE untuk memudahkan monitoring SISROUTE.

e. Kendala

Realisasi Indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal sebenarnya belum mencapai standar yang ditetapkan oleh

Kementerian Kesehatan, walaupun sudah melebihi target rumah sakit. Namun demikian untuk mencapai realisasi pada tahun 2024 sebesar 100%, masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- 1) Adanya duplikasi permintaan rujukan yang sama dan sudah dijawab di permintaan awal.
- 2) Sangat tergantung pada jaringan internet, seperti gangguan koneksi, error sistem SISRUTE, pernah terjadi alarm notifikasi sistrute tidak berfungsi.
- 3) Pemanfaatan SISRUTE rumah sakit perujuk belum optimal.
- 4) Respon jawaban yang sudah diberikan oleh PECC sering tidak di followup oleh rumah sakit perujuk
- 5) Rumah Sakit perujuk mengirimkan SISRUTE secara bersamaan ke banyak rumah sakit rujukan, apabila sudah diterima RS lain, kita tidak mendapatkan feedback
- 6) Beberapa perujuk tidak melampirkan hasil pemeriksaan penunjang sesuai kasusnya.

f. Upaya Solusi

- 1) Meningkatkan frekuensi dan rutinitas pertemuan koordinasi dan 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 Sistrute.
 - a) Fasilitas percakapan 2 arah seperti *live chat*
 - 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.

g. 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 ambulans).

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).

4. Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

a. Definisi operasional Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

- 1) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.
- 2) *Check in* adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM), lewat aplikasi "*Sardjito Aja*", BPJS *online* atau loket pendaftaran.
- 3) Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.
- 4) Pemeriksaan penunjang adalah bagian dari pemeriksaan medis yang dilakukan oleh dokter untuk mendiagnosis penyakit tertentu. Pemeriksaan ini umumnya dilakukan setelah pemeriksaan fisik dan penelusuran riwayat keluhan atau riwayat penyakit pada pasien. Pemeriksaan penunjang biasanya dilakukan saat pasien berkonsultasi ke dokter karena adanya keluhan atau gejala tertentu, atau saat pasien menjalani pemeriksaan kesehatan rutin (*medical check-up*). Berbagai jenis pemeriksaan

penunjang yang sering dilakukan antara lain: pemeriksaan darah dan atau urin di laboratorium, EKG, pemeriksaan foto rontgen, *medical check-up*.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi: Pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan ≤ 120 menit
- 2) Eksklusi:
 - a) Pasien rawat jalan dengan pemeriksaan penunjang
 - b) Pasien dengan Tindakan
 - c) Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau setelah pemanggilan sebanyak 3 kali
 - d) Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan
 - e) Masalah sistem informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS
 - f) Multiklinik

c. Realisasi Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.7. di bawah ini.

Tabel 3.7. Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	$\geq 80\%$	80%	81,72%	102,14%
5.	2024	$\geq 80\%$	80%		

Tabel 3.8. Realisasi Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	81,67	81,12	82,15	82,43	81,34	81,79	82	81,93	82,15	81,79	81,24	81,4

Dari Tabel 3.7. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 sebesar 81,72% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian realisasi sebesar 102,14% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 sebesar 81,72% telah melebihi standar nasional sebesar 80%.
- 3) Realisasi indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 sebesar 81,72%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%, sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 102,14%.
- 4) Pada Tahun 2020 sampai tahun 2022 indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang diantaranya adalah: Dukungan manajemen berupa Pengembangan teknologi pelayanan pendukung seperti: Pendaftaran *online*, pembagian jam kehadiran, Klik Sardjito Aja, perbaikan layanan parkir valley dan penambahan gedung parkir, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan.

e. Kendala

Realisasi Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebenarnya sudah mencapai di atas ketentuan/ target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu 81,60%, dengan persentase capaian 100,74%. Namun demikian masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- 1) Antrian obat di Farmasi masih membutuhkan waktu lama
- 2) Belum semua pasien melakukan pendaftaran online saat periksa ke rumah sakit.
- 3) Belum semua pasien mematuhi waktu kehadiran sesuai jadwal yang sudah ditentukan.

f. Upaya Solusi

- 1) Penerapan pelayanan farmasi paperless di seluruh rantai rawat jalan.
- 2) Optimalisasi pendaftaran online pasien yang Periksa ke rumah sakit dengan meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat melalui website, Instagram, atau media sosial.
- 3) Adanya reminder jadwal dokter di Hp masing-masing, melakukan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP apabila ada jadwal yang bersamaan.
- 4) Notifikasi kehadiran pasien sesuai antrian saat pendaftaran *online*

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Indikator ini memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
- 2) Pelaksanaan pelayanan di poliklinik dengan menggunakan RME secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless*, serta *e-prescribing* dalam peresepan obat.
- 3) Pelaksanaan pelayanan di poliklinik oleh DPJP akan meningkatkan kecepatan pengambilan Keputusan, sehingga diharapkan meningkatkan kecepatan dan ketepatan layanan.

5. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

a. Definisi operasional Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

- 1) SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.
- 2) SC kategori 1 yaitu *fetal distress* menetap, *prolaps* tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forseps, *rupture uteri imminent* (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.
- 3) Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (*immediate threat to life*), yaitu *solusio placenta* dan VBAC/PBS.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun)}}{\text{Total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS}} \times 100\%$$

Inklusi: SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2

- c. Realisasi Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.9. di bawah ini.

Tabel 3.9. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥ 80%	80%	82,9%	103,75%
5.	2024	≥ 80%	80%		

Tabel 3.10. Realisasi Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	50	100	80	75	83,3	100	80	50	80	100	100	100

Dari Tabel 3.9. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2023 sebesar 82,9% lebih baik dari target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian realisasi sebesar 103,75% dibandingkan target.
- 2) Realisasi Tahun 2023 sebesar 82,9% telah melebihi standar nasional 80%
- 3) Capaian bulanan masih naik turun pada TW 1 sampai TW 3, tetapi dengan adanya komitmen DPJP yang terlibat dan perbaikan sistem koordinasi antar unit yang terlibat maka terjadi perbaikan capaian di TW 4, seperti tergambar pada tabel 3.10.
- 4) Realisasi indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2023 sebesar 82,9%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%, sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 103,75%.
- 5) Pada Tahun 2020 sampai tahun 2022 indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan

antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi Waktu tanggap operasi SC *Emergency* < 30 menit diantaranya adalah :

- 1) Sudah ada kebijakan Tim Ponek berdasarkan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito No HK.02.03/XI.2/3746/2021 tentang Pembentukan Tim Penanggulangan Kegawatdaruratan Maternal-Perinatal Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (Tim PONEK RSUP Dr Sardjito).
- 2) Dukungan manajemen berupa Pembangunan sistem EMR untuk mempercepat proses konsultasi/work order, pengaktifan timer prosedur *crash* Ponek di Simetriss, pelatihan Ponek pada PPA.

e. Kendala

Realisasi Indikator Waktu tanggap operasi SC *Emergency* < 30 menit sebenarnya sudah mencapai di atas ketentuan/ target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- 1) Ketepatan waktu tim anestesi kurang optimal
- 2) Instrumen tidak *ready* di OK GBST
- 3) Monitoring penyimpanan set steril (linen operasi) belum optimal

f. Upaya Solusi

- 1) Rakor tim PONEK untuk menyamakan persepsi kembali tentang kepatuhan pencapaian respon time kurang dari 30 menit
- 2) Monev implementasi penyimpanan dan pemakaian set steril secara FIFO dan FEFO
- 3) Optimalisasi operasi *emergency* di IGD bagi *crash* ponek IGD dan optimalisasi pemanfaatan kamar operasi PJT lantai 2 maternal untuk operasi SC *emergency* dari maternal, penetapan PIC operasi SC *Crash*,
- 4) Implementasi EMR untuk mempercepat proses konsultasi/work order,
- 5) Refreshing pelatihan PONEK bagi PPA.
- 6) Penguatan kecepatan penyediaan darah di UPTD

- 7) Pengesahan revisi SOP SC Emergensi, agar kepatuhan dalam pelaksanaan pengaktifan timer prosedur dan pengisian link lebih meningkat dan tertib.
- 8) Koordinasi ke insti dan kepala igd untuk dimulainya monitor pada layar di igd saat timer prosedur dimulai.
- 9) Pengaktifan ALARM kode yellow 33 otomatis ke seluruh PIC tim CRASH PONEK, atau minimal alarm bunyi di layar monitor

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Pelaksanaan pelayanan operasi SC Emergensi mengalami perbaikan respon time dengan adanya implementasi SOP SC Emergensi, pengaktifan timer prosedur crash Ponek di Simetriss dan pengisian link. Realisasi Indikator Waktu tanggap operasi SC *Emergency* < 30 menit, menggambarkan pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi. Pada tahun 2023 dari jumlah 41 kasus SC crash tidak ada ibu yang meninggal, terdapat 3 bayi yang sudah mengalami *fetal death*, sehingga indikasi SC emergensi untuk menyelamatkan ibu.
- 2) Penggunaan kamar operasi di OK terdekat di PJT lantai 2 maternal untuk efisiensi waktu karena tempat tersebut adalah tempat terdekat apabila ada kejadian crash ponek dari ruang maternal. Dimana petugas kamar operasi dari IKBA dengan tim anestesinya yang akan ke OK maternal, bersama dengan tim maternal dan perinatal untuk efisiensi SDM.

6. Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

- a. Definisi operasional Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

Kematian di Rumah Sakit adalah kejadian meninggalnya seseorang yang sedang dirawat di rumah sakit.

Net Death Rate adalah Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati

Net Death Rate (NDR). Menurut Kementerian Kesehatan (2011), NDR adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Angka NDR lebih bisa menunjukkan kualitas pelayanan di rumah sakit daripada GDR. Batas minimal 48 jam diasumsikan bahwa rumah sakit memiliki waktu yang cukup untuk mengobati pasien (Sudra, 2010). Standar ideal seyogyanya tidak lebih dari 25 per 1000 penderita keluar atau $\leq 25\%$.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan}}{\text{NDR tahun sebelumnya}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi: Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap > 48 jam
- 2) Eksklusi: Pasien yang meninggal setelah masuk rawat inap ≤ 48 jam

c. Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.11. di bawah ini.

Tabel 3.11. Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	> 2,5%	2,5%	Meningkat 0,36%	14,4%
5.	2024	> 2,5%	2,5%		

Tabel 3.12. Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	-5,49	-6,71	-5,77	0,02	-1,39	-0,02	-0,09	1,36	1,65	1,39	0,41	0,36

Dari Tabel 3.11. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2023 meningkat 0,36%, lebih tinggi dari target yang ditetapkan sebesar 2,5%, dengan persentase realisasi capaian sebesar 14,4% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2023 meningkat 0,36%, lebih tinggi dari standar nasional sebesar 2,5%.
- 3) Realisasi indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2023 meningkat 0,36%, angka tersebut melebihi target jangka menengah Tahun 2024 yaitu 2,5%.
- 4) Analisis tidak tercapainya Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit adalah: Pada bulan April 2023 jumlah kematian meningkat karena jumlah pasien yang masuk dan dirawat di rumah sakit menurun/ sedikit pada saat Hari Raya Idul Fitri, walaupun jumlah pasien yang

meninggal > 48 jam relative sama dengan bulan sebelumnya, tetapi di perhitungan angka kematian menjadi meningkat tinggi, sehingga NDR tinggi.

- 5) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab tidak tercapainya target indikator:

Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit belum mencapai ketentuan/ target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu melebihi standar dan target, jumlah kematian meningkat 0,51%, masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- 1) Pasien di IRNA 90% adalah pasien BPJS, dengan kelas RS tipe A, di mana pasien yang diterima adalah pasien rujukan dari PPK II dg severity level 2-3. 20,4% pasien yang meninggal pada tahun 2023 dengan LOS 2-3 hari, hal ini menunjukkan bahwa pasien sudah dalam kondisi parah saat masuk rumah sakit.
- 2) RSUP Dr Sardjito menjadi pusat layanan paliatif & geriatri untuk rawat inapnya.
- 3) Selain faktor tersebut, pasien terbanyak yg dirawat IRNA merupakan pasien dengan keganasan dan *critical ill*

e. Upaya Solusi dalam mencapai indikator:

Seluruh upaya yang dilakukan oleh RSUP DR. Sardjito ditujukan untuk memperbaiki angka kematian, baik upaya perbaikan sistem, meningkatkan sarana prasarana, beberapa hal yang telah dilakukan adalah:

- 1) Memaksimalkan penanganan medis untuk menurunkan angka kematian.
- 2) Meningkatkan kualitas pelayanan DPJP dan fasilitas pendukung, dan melakukan penanganan pasien terintegrasi.
- 3) Meningkatkan komunikasi dengan rumah sakit jejaring/ perujuk melalui SISROUTE
- 4) Meningkatkan sarana prasarana dan peralatan untuk pasien kritis/ terminal
- 5) Audit medis/ kematian oleh Komite Medik untuk mendapatkan gap dan rekomendasi perbaikan
- 6) Pembahasan standar penurunan angka kematian untuk RS Vertikal pusat rujukan untuk dipertimbangkan melakukan eksklusi pada pasien dengan *terminal stage*.

f. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Pelaksanaan upaya untuk menurunkan angka kematian dengan memaksimalkan penanganan medis, meningkatkan kualitas pelayanan DPJP dan fasilitas pendukung, dan melakukan penanganan pasien terintegrasi. Meningkatkan komunikasi dengan rumah sakit jejaring/ perujuk melalui SISROUTE serta meningkatkan sarana prasarana dan peralatan untuk pasien kritis/ terminal, akan berdampak pada terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan. 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 ambulans).
- 2) Dengan sistem IT rujukan 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).
- 3) Pasien dengan *terminal stage* yang sudah masuk di dalam indikasi paliatif, dilakukan perawatan paliatif untuk meminimalkan terapi agresif yang tidak diperlukan, seperti terapi titrasi diturunkan dosisnya, apabila tidak ada perubahan perbaikan yang signifikan maka akan dihentikan, pemberian obat Antibiotik dikurangi atau di stop, pemeriksaan penunjang laboratorium diminimalkan, penggunaan ventilator invasive, non invasive dan respirator di ruang perawatan paliatif, sehingga menurunkan biaya perawatan.

7. Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

- a. Definisi Operasional Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis minimal satu dari 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan (Referensi: RENCANA AKSI KEGIATAN DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN *REVISI 1 TAHUN 2020 – 2024)

Hasil pelaksanaan audit medis pada minimal satu dari 9 layanan prioritas (jantung, kanker, diabetes mellitus (DM), ginjal / *uro-nefro*, hati, stroke / otak, KIA, tuberculosis (TB) dan penyakit infeksi) pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

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

Inklusi: Audit medis atas 9 kasus layanan prioritas (jantung, kanker, diabetes mellitus (DM), ginjal / *uro-nefro*, hati, stroke / otak, KIA, *tuberculosis* (TB) dan penyakit infeksi)

Eksklusi : Audit medis atas kasus selain 9 layanan prioritas (jantung, kanker, diabetes mellitus (DM), ginjal / *uro-nefro*, hati, stroke / otak, KIA, *tuberculosis* (TB) dan penyakit infeksi).

c. Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.13. di bawah ini.

Tabel 3.13. Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	2 kali	2 kali	2 kali	100%
5.	<u>2024</u>	<u>2 kali</u>	<u>2 kali</u>		

Tabel 3.14. Realisasi Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Kegiatan audit klinis/medis sudah dilaksanakan			Kegiatan audit medis sudah dilaksanakan			Kegiatan audit medis sudah dilaksanakan			2 kali pelaporan audit medis bulan Oktober & Desember		

Dari Tabel 3.13. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2023 sebanyak 2 pelaporan, sesuai dengan target yang telah ditetapkan sebesar 2 pelaporan, dengan capaian realisasi sebesar 100% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2023 sebanyak 2 pelaporan, sesuai dengan standar nasional sebesar 2 pelaporan,
- 3) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2023 sebanyak 2 pelaporan, angka tersebut sesuai target jangka menengah Tahun 2024 yaitu 2 pelaporan.
- 4) Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di rumah sakit mengambil audit layanan kanker yaitu: Laporan Audit Medis Nasional Semester 2 Th 2022 Kanker Payudara Topik Karsinoma Payudara Stadium I, II, III a Yang Menjalani Mastektomi yang dilaporkan bulan Oktober 2023, dan Laporan Audit Medis Nasional Semester 1 Th 2023 Kanker Payudara Topik *Karsinoma* Payudara Stadium I, II, III a Yang Menjalani Mastektomi yang dilaporkan bulan Desember 2023.
- 5) Pada tahun 2020-2022, Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas di Rumah Sakit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas diantaranya adalah :

- 1) Adanya komitmen dari semua pihak, baik para DPJP di semua KSM, dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang lain untuk melaksanakan audit medis secara rutin pada 9 kasus layanan prioritas dibawah koordinasi Komite Medik.
- 2) Dukungan manajemen rumah sakit tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara terus menerus dan membentuk Tim audit klinis terintegrasi berdasarkan (*first party* atau atas permintaan), dan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Nomor HK.02.03/D.XI/25830/2023 tentang Tim Audit Klinis Terintegrasi RSUP Dr Sardjito Yogyakarta dalam rangka

mendukung pelaksanaan audit klinis terintegrasi secara regular, insidental semua audit klinis sesuai penugasan.

e. Kendala

Pemahaman audit dan kemanfaatan belum menjadi kebutuhan tiap KSM dan SDM yang melakukan pengambilan data belum optimal.

f. Upaya solusi

- 1) Melakukan workshop penguatan audit klinis terintegrasi mengundang narasumber yang kompeten untuk membangun komitmen bersama untuk melakukan audit secara rutin.
- 2) Dibentuk Tim audit klinis terintegrasi berdasarkan (*first party* atau atas permintaan), dan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Nomor HK.02.03/D.XI/25830/2023 tentang Tim Audit Klinis Terintegrasi RSUP Dr Sardjito Yogyakarta dalam rangka mendukung pelaksanaan audit klinis terintegrasi secara regular, insidental semua audit klinis sesuai penugasan.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit secara rutin dan melakukan tindak lanjut perbaikan berdampak pada Efisiensi pemakaian berbagai sumber daya berupa obat (contoh: pemakaian Anti Biotik), AMHP dan BMHP yang digunakan oleh pasien.

Pelaksanaan audit medis oleh Tim audit medis dengan membuka catatan medik pasien yang sudah menggunakan RME, secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless* walaupun masih ada beberapa yang menggunakan kertas, seperti informed consent, form transfer pasien. Penggunaan IT dalam proses pencatatan rekam medik pasien mengakibatkan efisiensi biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023. Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan seperti *work ordering* untuk permintaan pemeriksaan penunjang, *e-prescribing* untuk peresepan, dll juga memberikan dampak efisiensi SDM dan mempercepat waktu layanan.

8. Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

a. Definisi Operasional Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

- 1) Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- 2) Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis
- 3) Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan
- 4) Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik yang dimasukkan di dalam penjadwalan online.
- 5) Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.
- 6) Ketepatan waktu dihitung dengan toleransi waktu 30 menit

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{Jumlah tenaga medis yang terjadwal memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi : Dokter pemberi pelayanan di poliklinik sesuai jadwal
- 2) Eksklusi : Dokter pemberi pelayanan di luar waktu yang telah ditentukan

c. Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.15. di bawah ini :

Tabel 3.15. Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥80%	80%	93,28%	116,60%
5.	2024	≥80%	80%		

Tabel 3.16. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	94,6	93,9	93,4	93,4	93,0	92,5	96,0	93,4	92,5	92,3	92,0	92,3

Dari Tabel 3.15. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Pada Tahun 2023 sebesar 93,28% lebih baik dibandingkan target yang ditetapkan sebesar 80%, dengan capaian realisasi sebesar 116,60% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Pada Tahun 2023 sebesar 93,28% lebih baik dibanding standar nasional $\geq 80\%$ dengan persentase capaian sebesar 116,60%.
- 3) Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Pada Tahun 2023 sebesar 93,28%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%, sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 116,60%.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik diantaranya adalah :

- 1) Pengembangan teknologi pelayanan pendukung seperti : Pendaftaran *online*, TEKON, dan Layanan *Contact Center* 150705, perbaikan layanan parkir valley dan penambahan gedung parkir, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan
- 2) Memberikan kemudahan informasi tentang layanan RS dg mencantumkan nomor PIC pada *e-leaflet* & di laman depan website agar mudah diakses masyarakat (misalnya untuk klinik Kalimosodo nomor Hp. 08562512960, layanan *fisiofit* 0811268953, layanan *homecare* 082242707070, dan sebagainya). *Whatsapp* Bisnis *Live Chat* sebagai layanan informasi 24 jam di nomor 082127221303 dan 08112753005, kontak *center* 1500705. Layanan Wijaya Kusuma 082136841456, Sardjito Estetik Center 587333 ext 1350 dan Layanan eksekutif Amarta 081326910246
- 3) Dukungan manajemen adalah adanya transparansi kepatuhan layanan di poliklinik dan visite dokter di rawat inap masuk di profile kinerja DPJP.
- 4) Sudah ada sistem reminder untuk mengingatkan jadwal DPJP melalui *whatsapp*.

- e. Kendala
 - 1) Sistem antrian *online* belum secara optimal dipergunakan oleh pasien
 - 2) Kurang optimalnya komitmen Dokter DPJP untuk hadir tepat waktu, salah satu penyebabnya oleh karena jadwal DPJP bersamaan antara jadwal poli regular, poli eksekutif, visite bangsal, Tindakan dan kegiatan Pendidikan.
- f. Upaya solusi
 - 1) Edukasi kontinue kepada Masyarakat terkait pendaftaran online, antrian online, dan jam kedatangan berkolaborasi dengan Promkes. Pemanfaatan semua media sosial.
 - 2) Meningkatkan komitmen DPJP untuk mematuhi jadwal jaga di Poliklinik
 - 3) Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP pengganti apabila ada jadwal yang bersamaan.
 - 4) Semua DPJP mempunyai target jumlah pasien.
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
 - 1) Indikator ini memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan di Poliklinik sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
 - 2) Pelaksanaan pelayanan di poliklinik dengan menggunakan RME secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless*, work order pemeriksaan penunjang serta *e-prescribing* dalam peresepan obat.
 - 3) Pelaksanaan pelayanan di poliklinik oleh DPJP akan meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan, sehingga diharapkan meningkatkan kecepatan dan ketepatan layanan, efisiensi pemeriksaan penunjang, dan penggunaan obat formularium nasional.

9. Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap

- a. Definisi Operasional Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap
 - 1) Kepatuhan visite dokter adalah kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.
 - 2) Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.

- 3) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) adalah staf medis rumah sakit yang bertanggung jawab atas pelayanan medis pasien yang pengaturannya sesuai dengan kewenangan klinis dan penugasan klinis.
- 4) Waktu yang ditetapkan untuk visite adalah pukul 06.00 – 14.00 yang tercatat di EMR.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang di – visite dokter pada pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi : Visite dokter pada pasien rawat inap
- 2) Eksklusi : Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu dan Pasien konsul

c. Realisasi indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.17. di bawah ini :

Tabel 3.17. Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥80%	80%	91,50%	114,38%
5.	2024	≥80%	80%		

Tabel 3.18. Realisasi Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	92	94	92	91	92	91,9	91,2	88,7	92,5	93	90,1	90,4

Dari Tabel 3.17. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap Tahun 2023 sebesar 91,5 % lebih baik dibandingkan target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian realisasi sebesar 114,38% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap Tahun 2023 sebesar 91,5 % lebih besar dibandingkan standar nasional ≥80% dengan capaian realisasi sebesar 114,38% dibandingkan standar nasional.

- 3) Realisasi indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap Tahun 2023 sebesar 91,5%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%, sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 114,38%.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap diantaranya adalah:

- 1) Dukungan manajemen bahwa penghargaan kegiatan visite DPJP masuk dalam remunerasi
- 2) Kegiatan *bedside teaching* bersama dengan visite DPJP
- 3) Visite bisa dilakukan oleh Peer grup spesialis dan sub spesialis
- 4) Sudah ada sistem pencatatan visite dokter di aplikasi E-prens
- 5) Terdapat kebijakan Kementerian Kesehatan yang menetapkan pasien pulang sebelum jam 12.00, sehingga mendorong DPJP visite lebih awal.

e. Kendala

- 1) masih ada beberapa DPJP yang visite diatas jam 14.00 dikarenakan jadwal DPJP bersamaan dengan jadwal poli regular, poli eksekutif, tindakan dan kegiatan pendidikan
- 2) Belum semua KSM, peer group berjalan dengan baik
- 3) Belum ada feedback indikator kinerja/waktu pelayanan DPJP untuk meningkatkan layanan

f. Upaya solusi

- 1) Memperbaiki sistem peer group di dalam KSM
- 2) Meningkatkan komitmen DPJP untuk mematuhi jadwal visite bangsal
- 3) Adanya reminder jadwal dokter di Hp masing2, melakukan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP apabila ada jadwal yang bersamaan
- 4) Semua DPJP mempunyai target jumlah pasien

- 5) Membuat feedback indikator kinerja visite DPJP agar meningkatkan layanan

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Indikator ini memastikan ketepatan waktu visite dokter yang memberikan pelayanan rawat inap sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat inap agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien, mutu layanan dan keselamatan pasien.
- 2) Pelaksanaan visite dokter dengan menggunakan RME secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless* walaupun masih ada beberapa yang menggunakan kertas, seperti informed consent, form transfer pasien. Penggunaan IT dalam proses pencatatan visite pasien mengakibatkan efisiensi biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023. Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi.

10. Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)

- a. Definisi Operasional Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal

- 1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari
- 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ *Door To Needle* “ ≤ 30 Menit
- 3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
- 4) Urologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam
- 5) KIA:
 - a) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram
 - b) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit

b. Formula perhitungan sebagai berikut

Tercapainya indikator klinis disetiap layanan prioritas KJSU dan KIS sesuai indikator klinis RSV.

- 1) Inklusi : Indikator klinis layanan prioritas KJSU sesuai Surat Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan No. TK.04.01/D.IV/163/2023
- 2) Eksklusi : Indikator klinis layanan prioritas KJSU selain yang tercantum dalam Surat Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan

c. Realisasi indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.19. di bawah ini :

Tabel 3.19. Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi)	100%
5.	2024	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan		

Tabel 3.20. Realisasi Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Pengampuan KSU (Kanker Uronefrologi) & KIA sudah tercapai, sedangkan untuk pengampuan Jantung & Stroke belum tercapai			Pengampuan Kanker, Jantung, dan Uronefro, dan KIA sudah tercapai, dengan prosentase ketercapaian sebesar 84%			Sudah tercapai Stroke, Kanker, Jantung, Uronefro, dan KIA			1 indikator tercapai setiap layanan Stroke, Kanker, Jantung, Uronefro, dan KIA		

Tabel 3.21. Realisasi Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Tahun 2023 per bulan

Indikator KJSU	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dg Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ <i>Door To Needle</i> “ ≤ 30 Menit	14%	0%	25%	30%	86%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Stroke: Pasien Stroke Iskemik dg LOS < 7 hari	67%	68%	58%	74%	64%	91,3 %	90,4 %	92,86 %	93,5 %	88%	87,5 %	81,08 %
Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yg diberikan Intervensi Dialisis dlm 1x24 Jam	91,07 %	94,12 %	94,96 %	94,85 %	97%	97,94 %	97,96 %	97,94 %	98,5 %	98,10 %	98,22 %	98,43 %
KIA: Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram	80%	100%	88,89 %	90%	72,73 %	71,43 %	92,31 %	100%	73%	71,43 %	100%	83,33 %
Kejadian Kematian Ibu krn Pre Eklampsia /Eklampsia Di RS	11%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Dari Tabel 3.19. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Pada Tahun 2023 sudah tercapai sesuai target yang ditetapkan 1 indikator tercapai setiap layanan, dengan capaian realisasi 100% dari target. Capaian Indikator klinis layanan prioritas KJSU membaik di semester 2 tahun 2023 dan masing-masing sudah mencapai target.
- 2) Terapi Fibrinolitik: “ *Door To Needle* “ ≤ 30 Menit pada semester 1 tahun 2023, capaian masih sangat rendah, tetapi dengan adanya perbaikan setelah pembuatan Dashboard Prosedur STEMI pada bulan Maret 2023, kemudian April 2023 dibentuk Tim Code STEMI dan pembuatan SOP Code STEMI, serta adanya komitmen yang tinggi dari seluruh tim yang terlibat, maka capaian *Door To Needle* semakin baik, sehingga pada TW 4 hasil capaian 100%.
- 3) Realisasi indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) Pada Tahun 2023 sudah tercapai

sesuai standar nasional yang ditetapkan 1 indikator tercapai setiap layanan, dengan capaian realisasi 100%.

- 4) Realisasi indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU Tahun 2023 sebesar 1 indikator tercapai setiap layanan, hal tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 1 indikator tercapai setiap layanan sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 100%.
- 5) Pada tahun 2020-2022, Indikator Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) diantaranya adalah :

Rumah sakit mempunyai tim pengampuan untuk masing-masing layanan prioritas sesuai SK Tim masing-masing yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

Jantung: Pembuatan *Dashboard* Prosedur STEMI pada bulan Maret 2023 menjadi alat kontrol dan monitoring untuk memastikan layanan pasien STEMI di IGD dilakukan dengan efektif dan efisien. April 2023 dibentuk Tim Code STEMI dan pembuatan SOP Code STEMI

e. Kendala

Kendala yang terjadi pada layanan KJSU diantaranya adalah:

- 1) Persiapan HD Cito terkendala pemasangan HD cath dengan kondisi pasien. Dimana adanya penyulit yang memerlukan monitoring lebih dahulu.
- 2) Diagnosis: Proses EKG terhambat mesin EKG sering bermasalah, klinis & EKG meragukan sehingga menunggu evaluasi EKG &/ hasil biomarker, penegakan diagnosis lain (CT scan kepala saat ada kecurigaan stroke). Perubahan strategi revaskularisasi. Stabilisasi hemodinamik pasien di IGD atau ICCU (Intubasi, pasang akses sampai dengan regulasi GDS)
- 3) Banyak BBLSR yang lahir di luar dan dirujuk ke RSUP Sardjito (dirujuk dalam kondisi jelek); BBLR dan BBLSR dengan kelainan kongenital, Keterbatasan fasilitas (inkubator, ventilator) sehingga tidak semua

rujukan dapat terima; AMHP untuk perawatan BBLR dan BBLSR tidak selalu tersedia; Angka infeksi di bangsal NICU masih tinggi; Rasio pasien:perawat belum sesuai standar

f. Upaya solusi

- 1) Sosialisasi dan komitmen bersama dengan tim jantung (DPJP dan Residen) terhadap implementasi Code STEMI
- 2) Monitoring evaluasi rutin capaian indikator *Door to Needle*
- 3) Pengusulan alat ventilator dan inkubator untuk mendukung perawatan BBLSR;
- 4) Pelatihan internal NICU level III untuk tenaga keperawatan;
- 5) Peningkatan respon SISROUTE dan penerimaan rujukan ibu.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Indikator ini memastikan keberhasilan realisasi target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat inap agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan mutu layanan.
- 2) Pelaksanaan layanan klinis prioritas KJSU dengan menggunakan RME secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga sudah *paperless* walaupun masih ada beberapa yang menggunakan kertas, seperti *informed consent*, form transfer pasien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023. Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi.

11. Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

- a. Definisi Operasional Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
- Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan sesuai dengan Peraturan

Menteri Kesehatan No. 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah meliputi :

- 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan
- 2) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
- 3) Kepatuhan Identifikasi Pasien
- 4) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
- 5) Waktu Tunggu Rawat Jalan
- 6) Penundaan Operasi Elektif
- 7) Kepatuhan Waktu Visite Dokter
- 8) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
- 9) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
- 10) Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*clinical pathway*)
- 11) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
- 12) Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
- 13) Kepuasan Pasien

Pelaporan 13 indikator dengan target tercapai adalah pelaporan 13 indikator mutu nasional sesuai dalam aplikasi Kementerian Kesehatan mutufasyankes.kemkes.go.id/simar setiap bulan sebelum tanggal 10, dengan hasil sesuai target.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

Jumlah pelaporan INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember yang dilihat dari rekapitulasi laporan bulanan pada aplikasi mutufasyankes.kemkes.go.id/simar

- 1) Inklusi: Laporan 13 INM setiap bulan
- 2) Eksklusi: Laporan indikator mutu selain 13 INM

c. Realisasi indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.22. di bawah ini :

Tabel 3.22. Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	12 Laporan	12 Laporan	12 laporan	100%
5.	2024	12 Laporan	12 Laporan		

Tabel 3.23. Realisasi Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(laporan)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Dari Tabel 3.22. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 sudah tercapai sesuai target yang ditetapkan yaitu 12 laporan, dengan capaian realisasi 100% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 sudah tercapai sesuai standar nasional yang ditetapkan yaitu 12 laporan, dengan capaian realisasi 100%.
- 3) Realisasi indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 sebesar 12 laporan, hal tersebut telah sesuai target jangka menengah yaitu 12 laporan sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 100%.
- 4) Masing-masing indikator di dalam 13 indikator Nasional Mutu, terdapat 3 target indikator yang masih ada peluang perbaikan, yaitu: Kepatuhan identifikasi pasien (99,25%), Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap (99,8%) dan Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit (71%)
- 5) Pada tahun 2020-2022, Indikator Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi target Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator diantaranya adalah: Sudah ada kebijakan Kementerian Kesehatan untuk melaporkan INM melalui aplikasi, SOP-AP Agregasi dan Analisis Indikator di RSUP Dr Sardjito No OT.02.02/XI.6/17527/2022.

Kebijakan rumah sakit melalui penetapan kontrak kinerja satuan kerja berdasarkan cascading indikator Perjanjian Kinerja Direktur Utama dengan Yankes.

Dukungan manajemen rumah sakit untuk pengumpulan indikator- indikator mutu di rumah sakit dengan membangun sistem aplikasi Mutu dan Kinerja PPA di SIMETRIS.

e. Kendala

- 1) Waktu pengiriman data dari satuan kerja belum semua konsisten sesuai waktu yang ditetapkan.
- 2) Forum evaluasi mutu terhadap capaian INM dengan satuan kerja belum rutin dilaksanakan.
- 3) Belum semua indikator konsisten mencapai target dikarenakan beberapa kendala: Kepatuhan identifikasi pasien dan Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap berhubungan dengan Penerapan Sasaran Keselamatan 1 dan 6, dimana petugas belum konsisten menerapkan sasaran keselamatan pasien dalam kegiatan pelayanan karena belum terinternalisasikan budaya mutu dan masih ada sarana yang belum sesuai dengan standar. Kendala indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) oleh karena di beberapa Poliklinik dengan Tindakan menyebabkan waktu tunggu memanjang. Aplikasi Klik Sardjito belum digunakan secara optimal oleh sebagian pasien sehingga waktu kedatangan pasien tidak sesuai dengan jadwal di aplikasi.

f. Upaya solusi

- 1) Mengagendakan secara rutin forum evaluasi mutu terhadap capaian INM dengan satuan kerja setiap bulan dan supervisi terjadwal rutin, monev supervise oleh Ka ruang, ka instalasi.
- 2) Monitoring proses pelayanan menggunakan *dashboard* (*dashboard* pelaksanaan operasi, *dashboard* pelayanan IGD, *dashboard* antrian pasien).
- 3) Pendampingan pasien saat pendaftaran di rawat jalan oleh petugas, mengoptimalkan sosialisasi aplikasi Klik Sardjito Aja kepada Masyarakat melalui media sosial. untuk kepastian kedatangan pasien agar pasien datang sesuai jadwal.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indikator ini untuk memastikan keberhasilan realisasi target Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di rumah sakit agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan mutu layanan. Penggunaan aplikasi pelaporan mutu, monitoring proses pelayanan dan aplikasi Klik Sardjito Aja secara *paperless* meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya.

12. Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

a. Definisi Operasional Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

- 1) Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.
- 2) Sentinel adalah insiden keselamatan pasien atau kejadian tidak terduga yang mengakibatkan kematian atau cedera fisik dan psikologis serius sesuai yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- 3) Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah sistem pendokumentasian laporan insiden, analisis dan solusi pembelajaran dari insiden. Pelaporan IKP bersumber dari laporan kejadian insiden di rumah sakit melalui aplikasi *e-Raden* ke Kementerian Kesehatan melalui aplikasi mutufasyankes.kemkes.go.id setiap bulan sebelum tanggal 10, dengan target tidak ada kejadian sentinel.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

Jumlah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dengan sentinel yang merupakan never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember yang dilihat dari rekapitulasi laporan bulanan pada aplikasi *mutufasyankes.kemkes.go.id*.

1) Inklusi: Laporan Indikator Keselamatan Pasien KTD, Sentinel

2) Eksklusi: Laporan IKP KNC, KTC, KPC

c. Realisasi indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.24. di bawah ini :

Tabel 3.24. Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	100%
5.	2024	12 Laporan	12 Laporan		

Tabel 3.25. Realisasi Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (laporan)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Dari Tabel 3.24. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023 sesuai target yang ditetapkan yaitu 12 laporan, dengan capaian realisasi sebesar 100% dari target.
- 2) Realisasi indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023 sudah tercapai sesuai standar nasional yang ditetapkan yaitu 12 laporan, dengan capaian realisasi 100%.

- 3) Realisasi indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023 sebesar 12 laporan, hal tersebut telah sesuai target jangka menengah yaitu 12 laporan sehingga realisasi tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 100%.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi penyebab keberhasilan realisasi target Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol diantaranya adalah : Dukungan manajemen rumah sakit untuk mempermudah pelaporan insiden keselamatan pasien dari satuan kerja menggunakan aplikasi E-Raden di Sipmas Simetriss yang dapat diakses di seluruh komputer Simetriss dan HP semua karyawan.

Sudah ada kebijakan Kementerian Kesehatan untuk melaporkan IKP melalui aplikasi mutufasyankes.kemkes.go.id, dan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUP Dr Sardjito tahun 2023. Keputusan Direktur Utama No HK.02,03/XI.6/18510/2022 tentang Panduan PMKP tahun 2022, SOP-AP Pelaporan Kejadian Sentinel No OT.02.02/XI.6/17641/2022.

Rumah sakit telah memiliki alur pelaporan insiden (telah diatur di dalam Panduan tsb) dan telah disosialisasikan kepada civitas hospitalia. Pelaporan insiden keselamatan pasien ke Komite Mutu melalui e-raden (elektronik pelaporan insiden), yang dijamin kerahasiaannya. Setiap staf rumah sakit, peserta didik dan vendor pihak ketiga jika mengetahui/melihat insiden melaporkan insiden tersebut melalui Kepala Satuan Kerja atau langsung melaporkan ke Komite Mutu. Insiden keselamatan pasien yang dilaporkan meliputi kejadian sentinel, kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), dan kejadian nyaris cedera (KNC atau near-miss) dan Kondisi potensial cedera signifikan (KPCS)

e. Kendala

- 1) Partisipasi karyawan dan peserta didik untuk melaporkan insiden keselamatan pasien belum optimal

- 2) Budaya keselamatan pasien belum tertanam pada semua sivitas hospitalia saat melakukan pelayanan.
- 3) Monev tindak lanjut rekomendasi analisis mendalam/ RCA belum optimal untuk mencegah kejadian serupa terulang kembali.

f. Upaya solusi

- 1) Supervisi rutin ke satuan kerja untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien
- 2) Pengembangan aplikasi pelaporan insiden untuk peserta didik
- 3) Buletin Komite sebagai media sosialisasi, komunikasi pembelajaran insiden dan informasi lainnya.
- 4) Meningkatkan budaya keselamatan dengan mengadakan Workshop Etik dan Perilaku kepada semua anggota KSM

h. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indikator ini untuk memastikan keberhasilan realisasi target Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di rumah sakit agar lebih efisien dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan mutu layanan. Penggunaan aplikasi pelaporan insiden keselamatan pasien secara *paperless* meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya.

13. Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik

a. Definisi Operasional Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik

Pendidikan klinis di Rumah Sakit Pendidikan diintegrasikan dalam pelayanan, sehingga perlu dipastikan bahwa DPJP/PPJA selalu melakukan supervisi terhadap kegiatan penugasan pelayanan yang dilakukan peserta didik.

Supervisi Pendidikan adalah suatu kegiatan pendampingan yang dilakukan DPJP/ *Preceptor* klinis terhadap peserta didik sesuai level supervisi, untuk memastikan asuhan pasien yang aman.

Kepatuhan supervisi DPJP terhadap Peserta Didik adalah kepatuhan DPJP dalam melakukan pendampingan/supervisi terhadap peserta didik yang dibuktikan dengan rekam kehadiran DPJP.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan yang dilakukan PPDS dengan didampingi DPJP}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan yang dilakukan oleh PPDS}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi : Jumlah pemeriksaan yang dilakukan PPDS
- 2) Eksklusi : Pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh DPJP

c. Realisasi indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Tahun 2023 sesuai Tabel 3.26. di bawah ini :

Tabel 3.26. Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	100%	100%	99,1%	99,1%
5.	2024	100%	100%		

Tabel 3.27. Realisasi Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	98,7	98,8	98,9	98,5	98,8	98,9	99	99,1	99,3	99,3	99,6	99,9

Dari Tabel 3.26. dan 3.27 dapat dijelaskan bahwa:

- 1) Realisasi indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Pada Tahun 2023 sebesar 99,1% hampir mencapai target 100%. Pada semester 1 tahun 2023, masih sedikit dibawah standar dan target, tetapi di Semester 2 tahun 2023 sudah mencapai standar dan target.
- 2) Data supervisi DPJP diambil dari data simetris sesuai dengan kehadiran DPJP di poliklinik sesuai jadwal dan bukti kehadiran dari absensi. Sebagai RS pendidikan, perlu dilakukan integrasi antara kegiatan pendidikan dan pelayanan sehingga tidak terjadi jadwal yang beririsan waktu / bersamaan seperti jadwal poliklinik, jadwal kegiatan pendidikan, jadwal operasi, jadwal ilmiah, dll. Peningkatan penggunaan kartu peserta didik yang menggunakan warna sesuai tingkat supervisi untuk memudahkan identifikasi jenis supervisi.
- 3) Realisasi indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Tahun 2023 sebesar 99,1%, sedikit dibawah target jangka menengah

tahun 2024 sebesar 100%. Realisasi tahun 2023 mencapai 99,1% dari target jangka menengah.

- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab tidak tercapainya target:

Realisasi indikator Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik Tahun 2023 masih sedikit dibawah target di semester 1 tetapi di Semester 2 tahun 2023 sudah mencapai standar dan target. Beberapa kendala Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik seperti:

- 1) Sumber data menggunakan presensi *fingerprint* yang terrecord dari simetris dan keterangan supervisi atau tidak yang diinput oleh petugas administrasi di poli tidak selalu menggambarkan supervisi yang sebenarnya
- 2) Data belum menggambarkan supervisi berdasarkan tingkat supervisi peserta didik (supervisi tinggi, moderat tinggi, moderat, rendah, swakarsa).
- 3) Belum semua prodi dapat terwakili dari pengambilan data di rawat jalan. Belum bisa akses data di kamar operasi, Laboratorium, Radiologi.
- 4) Belum adanya sistem penilaian kinerja dokter yang berbasis kepatuhan pelaksanaan supervisi peserta didik.

e. Upaya solusi untuk memperbaiki capaian indikator

RSUP Dr Sardjito sudah berupaya meningkatkan capaian dengan berbagai upaya dengan dukungan manajemen berupa sudah tersedianya:

- 1) Panduan Penyelenggaraan Pendidikan Kedokteran, Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lainnya di RSUP Dr Sardjito Yogyakarta
- 2) Kebijakan berdasarkan SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Nomor HK.02.03/XI.2/31689/2019 tentang Kebijakan Evaluasi, Pemantauan dan Supervisi Peserta Didik Keperawatan, Tenaga Kesehatan Lain RSUP Dr Sardjito.
- 3) Serta Panduan Supervisi Peserta Didik Klinik, Komkordik RSUP Dr Sardjito.
- 4) Penetapan dokter DPJP sebagai Dokdik klinis untuk melakukan supervise kepada PPDS. Pemberian NIDK bagi DPJP melalui FKMK UGM.

Selain hal tersebut, untuk memperbaiki capaian indikator dengan beberapa kegiatan yang dilakukan, seperti:

- 1) Membuat sistem dokumentasi/ pencatatan pelayanan DPJP di unit pelayanan sesuai dengan pasien yang dilayani.
 - 2) DPJP/ Pendidik klinis mengintegrasikan pendidikan klinis dalam pelayanan sesuai dengan level kompetensi dan tingkat supervisi peserta didik.
 - 3) Membuat sistem penilaian kinerja dokter yang memasukkan poin mengenai supervisi peserta didik.
 - 4) Sosialisasi kebijakan supervisi kepada seluruh DPJP dan KPS agar dapat berjalan sesuai tingkat supervise.
 - 5) Dilakukan monitoring *update* data peserta didik di sistem sehingga dapat lebih mudah dilakukan monitoring tingkat supervisi. Perbaikan data supervisi untuk area berisiko seperti kamar operasi.
- f. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
- 1) Indikator ini untuk memastikan keberhasilan realisasi Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat inap agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan mutu layanan. Berjalannya proses supervise berdasar Tingkat supervise peserta didik.
 - 2) Pelaksanaan pelayanan yang disupervisi DPJP di rawat inap meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan, meningkatkan kecepatan dan ketepatan layanan, efisiensi pemeriksaan penunjang, dan pasien pulang sebelum jam 12 atau sebelum makan siang lebih meningkat sehingga lebih efisien. Capaian pasien pulang sebelum jam 12 pada tahun 2023 mengalami peningkatan setiap triwulan: TW 1: 92,08%, TW 2: 89%, TW 3: 95%, TW 4: 95%.

14. Indikator Implementasi *Translational Research* (TR)

a. Definisi Operasional Indikator Implementasi *Translational Research*

Implementasi penelitian adalah pengembangan pelayanan yang dilakukan sebagai tindak lanjut penelitian yang telah diterapkan dalam pelayanan di RSUP Dr.Sardjito.

Translational Research (TR) atau penelitian translasi adalah bagian dari kontinum satu arah di mana temuan penelitian dipindahkan dari meja peneliti ke tempat tidur pasien dan komunitas. Secara kontinum, penelitian translasi tahap

pertama (T1) mentransfer pengetahuan dari penelitian dasar ke penelitian klinis, sedangkan tahap kedua (T2) mentransfer temuan dari studi klinis atau uji klinis ke lingkungan praktik dan komunitas, tempat temuan tersebut meningkatkan kesehatan.

Penelitian translasi dapat mencakup 2 bidang.

- 1) Suatu proses penerapan penemuan yang dihasilkan selama penelitian di laboratorium, dan studi praklinis, untuk pengembangan uji coba dan penelitian pada manusia.
- 2) Merupakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan penerapan praktik-praktik terbaik di masyarakat. Strategi pencegahan dan pengobatan yang hemat biaya juga merupakan bagian penting dari "pengetahuan mengenai translasi."

b. Formula perhitungan sebagai berikut

Jumlah pelayanan berbasis penelitian yang telah dilaksanakan pada tahun berjalan, baik dalam tahap uji klinis atau setelah uji klinis.

- 1) Inklusi: Seluruh *Translational Research* / penelitian translasi yang dilakukan di rumah sakit
- 2) Eksklusi: Research yang tidak masuk di dalam kriteria definisi *Translational Research*.

c. Realisasi indikator Implementasi *Translational Research (TR)* Tahun 2023 sesuai Tabel 3.28. di bawah ini.

Tabel 3.28. Indikator Implementasi *Translational Research (TR)*

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 layanan	1 layanan	2 layanan	200%
5.	2024	1 layanan	1 layanan		

Tabel 3.29. Realisasi Indikator Implementasi *Translational Research (TR)* Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	1 Layanan			1 pelayanan berbasis penelitian			2 layanan			2 layanan		

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
	Uji Klinik Fase I/II Transplantasi Sel Punca Mesenkimal Otologus Asal Sumsum Tulang dan Alogenik Asal Wharton's Jelly sebagai Terapi Osteoarthritis Lutut.			uji klinik sebagai upaya pengembangan layanan: Uji Klinik Fase I/II Transplantasi Sel Punca Mesenkimal Otologus Asal Sumsum Tulang dan Alogenik Asal Wharton's Jelly sebagai Terapi Osteoarthritis Lutut.			1. Uji Klinik Fase I/II Transplantasi Sel Punca Mesenkimal Otologus Asal Sumsum Tulang dan Alogenik Asal Wharton's Jelly sebagai Terapi Osteoarthritis Lutut 2. <i>Effectiveness & Safety of Ovine Enoxaparin Sodium to Originator Enoxaparin in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome (NSTEMI) Patients: a Multicenter, Non-randomized, Open-label, Non-inferiority Trial.</i>			1. Uji Klinik Fase I/II Transplantasi Sel Punca Mesenkimal Otologus Asal Sumsum Tulang dan Alogenik Asal Wharton's Jelly sebagai Terapi Osteoarthritis Lutut 2. <i>Effectiveness & Safety of Ovine Enoxaparin Sodium to Originator Enoxaparin in Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome (NSTEMI) Patients: a Multicenter, Non-randomized, Open-label, Non-inferiority Trial.</i>		

Dari Tabel 3.28. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Implementasi *Translational Research* Tahun 2023 sebesar 2 layanan diatas standar nasional dan target yang ditetapkan sebesar 1 layanan, dengan realisasi capaian sebesar 200% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Implementasi *Translational Research* Tahun 2023 sebesar 2 layanan, melampaui target jangka menengah tahun 2024 sebesar 1 layanan. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 200% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Implementasi *Translational Research* belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. 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. Sudah mulai dilaksanakan sistem perijinan penelitian secara online sehingga memudahkan proses administrasi.

Adanya koordinasi dengan satuan kerja seperti:

1. Bidang pelayanan dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dapat dilakukan di pelayanan
2. Bagian akuntansi terkait dengan penetapan tarif layanan
3. Bagian Pelayanan Keperawatan terkait dengan alur pengambilan dan pengiriman sampel.

e. Kendala

Pelaksanaan penelitian diatas merupakan inisiasi dari peneliti sendiri. Program *translational research* rumah sakit yang sudah direncanakan pada RKAKL (penelitian terapi steamcell untuk *Cerebral palsy*, yang juga sebagai rencana program penelitian IsDB) belum terlaksana karena belum turunnya dana penelitian yang disebabkan masih adanya prioritas organisasi lain yang harus dipenuhi.

f. Upaya solusi

- 1) Dalam menyikapi kendala yang dihadapi, telah dilakukan pengusulan permohonan pencairan dana secara periodik dalam tahun 2023, serta penyusunan berkas data dukung serta koordinasi penjadwalan untuk presentasi proposal penelitian dihadapan direksi.
- 2) Penganggaran sudah dimasukkan di dalam usulan penelitian 2024 dan masuk dalam RKAKL yang disahkan. Di awal tahun 2024 akan menjadi prioritas kegiatan yang dikawal tim kerja penelitian. Dengan pengusulan secara resmi kembali dan koordinasi penjadwalan presentasi ulang.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Dengan melakukan *translational research* dapat menghasilkan sistem terapi baru atau inovasi yang akan berdampak terhadap keselamatan pasien, perbaikan mutu layanan dan/ atau efisiensi terhadap biaya perawatan.
- 2) Dalam pelaksanaan penelitian TR terkait stemcell, beberapa judul yang sebelumnya sudah berjalan adalah untuk kasus cedera medula spinalis dan osteoarthritis dengan hasil yang menunjukkan adanya perbaikan terhadap outcome pasien. Hasil penelitian tersebut menjadi dasar (evidenced base) untuk dapat menjadi pelayanan rumah sakit dan telah ada tarif resmi yang ditetapkan. Dibanding tahun 2021 dan 2022 terjadi peningkatan pendapatan layanan stem cell sebagai berikut: Tahun 2021 pendapatan

Rp123.506.601,-, tahun 2022 sebesar Rp53.319.700,- dan meningkat di tahun 2023 sebesar Rp205.934.650,-.

15. Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

- a. Definisi Operasional Indikator Terselenggaranya layanan berbasis *Genomic* sesuai dengan kekhususan *Hubs*.

Layanan berbasis *Genomic* adalah penyelenggaraan penelitian dan pengembangan pelayanan kesehatan berupa studi Genomik manusia yang mendukung program *Biomedical and Genome Science Initiative (BGSi) for Precision Medicine* untuk pengembangan pelayanan kesehatan terkini berbasis genomic manusia sejalan dengan diterapkannya prinsip kedokteran presisi.

Kekhususan Hubs untuk RSUP Dr Sardjito adalah hubs *Rare Disease (Genetic Disorder)* yaitu Duchenne muscular dystrophy (DMD) dan pulmonary arterial hypertension (PAH).

Tersedianya layanan *genomik* sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari **proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequencing genome.**

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

Tersedianya layanan genomic kekhususan Hubs: *Rare disease* dan genetika *disease* yaitu DMD (*Duschenne Muscular Dystrophy*) dan PAH (*Pulmonary Arterial Hypertension*) sesuai definisi operasional.

- c. Realisasi indikator Terselenggaranya layanan berbasis *Genomic* sesuai dengan kekhususan *Hubs* Tahun 2023 sesuai Tabel 3.30. di bawah ini.

Tabel 3.30. Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 Layanan	1 Layanan	2 layanan (tahap <i>sequencing</i> : 90%)	200%
5.	2024	1 Layanan	1 Layanan		

Justifikasi tercapainya 2 layanan berbasis Genomic adalah Layanan pertama pada DMD dan PAH penelitian sampai tahap pre secuensing sudah dilakukan 2023. Pada DMD: alur sudah lebih lengkap sampai genetic konseling dan sudah dilakukan pemeriksaan MLPA.

Tabel 3.31. Realisasi Indikator Terselenggaranya layanan berbasis *Genomic* sesuai dengan kekhususan *Hubs* Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Dari pemenuhan proses untuk pengembangan layanan genomic kekhususan Hub untuk DMD (Duschenne Muscular Dystrophy) dan PAH (Pulmonary Arterial Hypertension) sudah tercapai sekitar 70%			Dari pemenuhan proses untuk pengembangan layanan genomic kekhususan Hub untuk DMD dan PAH sudah tercapai sekitar 85%. Pengadaan Alat sudah datang akan diinstal dalam waktu dekat. Setelah instalasi alat akan dilakukan optimasi			Dari pemenuhan proses untuk pengembangan layanan genomic kekhususan Hub untuk DMD dan PAH sudah tercapai sekitar 90%. Pengadaan Alat sudah datang dan sudah diinstal. Setelah instalasi alat akan dilakukan optimasi Ruangan laboratorium sudah proses renovasi, akhir oktober sudah jadi Rencana pembelian reagen, Trial dan running ekstraksi pada bulan Oktober.			Tersedianya layanan genomik sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequencing genome sudah tercapai sekitar 90%. Renovasi laborat sedang proses, rencana pembelian reagen, rencana pelaksanaan trial dan running ekstraksi, uji coba pengiriman sampel		

Dari Tabel 3.30. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs Tahun 2023 sebesar 2 layanan diatas standar nasional dan target 1 layanan. Realisasi capaian sebesar 200% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs Tahun 2023 sebesar 2 layanan, melampaui target jangka menengah tahun 2024 sebesar 1 layanan. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 200% dari target jangka menengah.

- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Telah memiliki basis penelitian dan sampel restropektif pada topik DMD dan PAH, sehingga pelaksanaan lebih lancar.

Dukungan manajemen berupa koordinasi pengorganisasian sdm, pemenuhan alat dan dana. Pemenuhan alat berupa Pelayanan genetic testing untuk penegakan DMD (negative MLPA) dan screening PAH dengan metode Next Generation Sequence. Analisa dan konsultasi genetic, serta layanan Biobank.
 - e. Kendala
 - 1) Anggaran

Pemenuhan anggaran untuk program layanan ini tidak sesuai dengan rencana awal, dan turunnya anggaran di pertengahan tahun sehingga realisasi program menyesuaikan dengan anggaran yang ada.
 - 2) SDM

Ketersediaan SDM untuk analisa *genomic* (laboratorium kering, genetik konseling, pengisian database regINA), biologi molekuler belum ada.
 - f. Upaya solusi
 - 1) Mengajukan kembali usulan anggaran untuk pemenuhan kebutuhan AMHP BMHP, pengiriman sampel, pengujian fragmen analisis serta kebutuhan operasional lainnya.
 - 2) Melakukan perhitungan ABK unruk pemenuhan SDM: analisa genomic dan biobank yang terdiri dari petugas laboratorium kering, petugas genetik konseling, dan petugas administrasi untuk pengisian database regINA, dan satu orang petugas bioinformatika.
 - g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya.

Dengan melakukan *layanan berbasis genomic* dapat menentukan terapi yang presisi, tepat sehingga berdampak terhadap keselamatan pasien, perbaikan mutu layanan yang setara dengan standar internasional dan atau efisiensi terhadap biaya perawatan jangka panjang.

Efisiensi: PAH pengambilan sampel darah pasien bersamaan dengan prosedur cateterisasi jantung sehingga efisien didalam waktu dan alur layanan. Proses pemisahan sampel untuk PAH dan DMD di laboratorium dilakukan di ILT oleh petugas ILT karena jumlah sampel masih sedikit.

16. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

- a. Definisi Operasional Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Jumlah sampel yang direkrut oleh *Hubs* yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya

Human whole genome sequencing (hWGS) merupakan metode yang digunakan untuk mengurutkan genom manusia yang terdapat dalam materi genetik DNA. Tujuan dilakukan hWGS adalah untuk mengetahui urutan basa dalam DNA manusia secara lengkap. Selain itu, hWGS juga berfungsi untuk mengetahui adanya perubahan (varian) yang terjadi di dalam suatu DNA manusia sehingga dapat digunakan sebagai alat untuk mendiagnosis suatu penyakit genetik (*genetic disorder*).

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

Jumlah sampel yang direkrut oleh *Hubs* yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya.

- c. Realisasi indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS Tahun 2023 sesuai Tabel 3.32. di bawah ini.

Tabel 3.32. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
6.	2020				
7.	2021				
8.	2022				
9.	2023	200 sampel	200 sampel	275 sampel	137,5%
10.	2024	200 sampel	200 sampel		

Tabel 3.33. Realisasi Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Program rekrutmen dimulai bulan Mei 2023				206	213	216	218	240	265	272	275

Dari Tabel 3.32. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS Tahun 2023 sebesar 275 sampel diatas standar nasional dan target 200 sampel. Realisasi capaian sebesar 137,5% sesuai target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS pada Tahun 2023 sebesar 275 sampel, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 200 sampel. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 137,5% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) SDM pengelola program sudah kompeten sesuai dengan tupoksi masing-masing. Di dalam Alur klinik sudah ada spesialis di bidang masing-masing, didalam pengambilan dan penyimpanan sampel juga sudah ada SDM yang sangat kompeten.
- 2) RSUP Dr Sardjito sudah mempunyai Pre Exsisting registry (register pasien PAH dan DMD). Untuk DMD mempunyai komunitas pasien DMD yang bertemu dan berkomunikasi secara berkala.

e. Kendala

Ketersediaan SDM untuk analisa *genomic* (laboratorium kering, genetik konseling, pengisian database regINA) belum ada.

Meskipun sudah berhasil, ada beberapa tugas yang dilakukan oleh SDM diluar staf rumah sakit, kedepannya diharapkan ada staf rumah sakit yang diberi tugas khusus.

- f. Upaya solusi
Penyusunan ABK untuk pemenuhan SDM analisa *genomic* (laboratorium kering, genetik konseling, pengisian database regINA).
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
Dengan adanya peningkatan jumlah sampel, kita akan melayani pasien lebih banyak sehingga berdampak terhadap keselamatan pasien, perbaikan mutu layanan yang setara dengan standar internasional dan atau efisiensi terhadap biaya perawatan jangka Panjang
Efisiensi: PAH pengambilan sampel darah pasien bersamaan dengan prosedur cateterisasi jantung sehingga efisien didalam waktu dan alur layanan. Proses pemisahan sampel untuk PAH dan DMD di laboratorium dilakukan di ILT oleh petugas ILT karena jumlah sampel masih sedikit.

17. Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama

- a. Definisi Operasional Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama
Rumah sakit jaringan rujukan dikembangkan untuk melayani 9 jenis penyakit prioritas dengan angka kesakitan dan kematian tertinggi secara nasional, antara lain; **penyakit jantung, kanker, diabetes melitus, penyakit ginjal, penyakit hati, stroke, TBC, penyakit menular, serta kesehatan ibu dan anak.**
Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama
Kriteria strata mulai dari Dasar, Madya, Utama, dan Paripurna.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut
RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama.
- c. Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama Tahun 2023 sesuai Tabel 3.34. di bawah ini.

Tabel 3.34. Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	9 Layanan	4 layanan paripurna	9 layanan	100%
5.	2024	9 Layanan	9 layanan		

Tabel 3.35. Realisasi Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Terdapat 9 layanan Tahun 2023 meliputi layanan Kanker, Jantung, Stroke Uronefrologi, KIA, Diabetes Mellitus, Penyakit Infeksi <i>New Emerging</i> dan <i>Re-Emerging</i> (PINERE), Gastrohepatologi, dan TBC			TERCAPAI 9 Layanan tahun 2023 meliputi layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, KIA, Diabetes Mellitus, Penyakit Infeksi <i>New Emerging</i> dan <i>Re-Emerging</i> (PINERE), Gastrohepatologi, TBC			TERCAPAI 9 Layanan tahun 2023 meliputi layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, KIA, Diabetes Mellitus, Penyakit Infeksi <i>New Emerging</i> dan <i>Re-Emerging</i> (PINERE), Gastrohepatologi, TBC			TERCAPAI 9 Layanan tahun 2023 meliputi layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, KIA, Diabetes Mellitus, Penyakit Infeksi <i>New Emerging</i> dan <i>Re-Emerging</i> (PINERE), Gastrohepatologi, TBC		

Dari Tabel 3.34. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama Tahun 2023 sebesar 9 layanan diatas target yang ditetapkan 4 layanan. Realisasi capaian sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama Tahun 2023 sebesar 9 layanan sesuai standar nasional.
- 3) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama pada Tahun 2023 sebesar 9 layanan, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 9 layanan. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

- 5) RSUP Dr Sardjito pada September 2022 sebagai RS pengampu 9 layanan prioritas, saat itu RSDS 4 layanan sudah mencapai paripurna, 1 layanan utama, layanan lain sedang dilakukan proses asesmen dari pusat. Pada tahun 2023 ditetapkan 9 layanan prioritas sebagai strata paripurna.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Dukungan manajemen berupa penyediaan SDM yang lengkap dan kompeten, sarana prasarana yang lengkap dan memadai, untuk meningkatkan mutu layanan prioritas tersebut. Alat dan sarana untuk mencapai strata utama sudah terpenuhi. Pada tahun 2022 akhir telah diadakan peralatan Kesehatan yang terdiri atas 12 jenis alat Kesehatan diantaranya: elektro fisiologi ablasi 3D (untuk layanan jantung), kamera sistem imaging spies 4K-3D-ICG laparaskopi (untuk layanan urologi), dan flow citometri (untuk layanan kanker), dll, dengan total nilai investasi Rp21.677.065.262,00. Alat tersebut telah dimanfaatkan mulai awal tahun 2023.
- 2) Serta layanan yang komprehensif dan sudah terintegrasi. RSUP Dr Sardjito sudah mempunyai Tim Jantung terpadu berkolaborasi dengan KSM dan PPA (Profesional Pemberi Asuhan) terkait dengan meningkatkan layanan Bedah Jantung terbuka, intervensi jantung non bedah, dll, dimana layanan jantung sudah terintegrasi di dalam Gedung Pusat Jantung Terpadu. Tim Kanker juga sudah terpadu berkolaborasi dengan KSM dan PPA (Profesional Pemberi Asuhan) terkait untuk memberikan layanan kanker secara terpadu dan paripurna. Layanan Kanker terintegrasi di dalam Gedung Kanker Terpadu.

e. Kendala

Masih adanya beberapa alat yg berbiaya mahal dan pelayanan yang tidak tercover BPJS

Menuju pelayanan paripurna masih ada Sarana prasarana yang belum terpenuhi dan sudah diusulkan ke Kemenkes seperti *Pet Scan* dan *Malditof*.

f. Upaya solusi

Berkoordinasi dengan Kemenkes untuk pemenuhan alat-alat yang belum tersedia.

Program peningkatan kompetensi SDM dengan menyiapkan anggaran untuk pendidikan dan peningkatan kompetensi SDM

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Dengan tercapainya realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama meningkatkan mutu layanan, menurunkan kematian dan angka kesakitan
- 2) Sehubungan dengan pemanfaatan teknologi informasi untuk layanan 9 penyakit prioritas termasuk penggunaan RME, maka menghasilkan efisiensi baik dalam hal proses layanan dan penghematan penggunaan kertas, sebagai contoh: order laboratorium penunjang dengan menggunakan Work order, maka penggunaan kertas bisa ditekan sehingga lebih efisien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023.
- 3) Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/berkas RM sudah tidak ada lagi, efisiensi waktu. Dengan adanya sistem maka proses validasi bisa dilakukan, misalkan restriksi obat, informasi tagihan yang over dari jumlah klaim yang ditagihkan sehingga bisa mengingatkan dokter untuk menekan pemeriksaan penunjang.

18. Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit

- a. Definisi Operasional Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit
- 1) RSUP Dr Sardjito telah menetapkan program strategis dan pelayanan medik unggulan berdasarkan RSB 2020-2024 yang tercantum di dalam RBA sebagai berikut: Layanan Jantung terpadu, Layanan Kanker Terpadu, Layanan Otak dan Vaskuler Terpadu, Layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism*. 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.
 - 2) Pelayanan unggulan VVIP adalah pelayanan unggulan tersebut diatas baik rawat jalan eksekutif dan rawat inap VIP-VVIP.

3) Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di RS vertikal agar bisa menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RS vertical.

b. Formula perhitungan sebagai berikut :

Tersedianya layanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan RBA.

c. Realisasi indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit Tahun 2023 sesuai Tabel 3.36. di bawah ini.

Tabel 3.36. Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit

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

Tabel 3.37. Realisasi Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA

Dari Tabel 3.36. dapat dijelaskan bahwa :

1) Realisasi indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit pada Tahun 2023 sesuai RBA sebesar 100% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan. Daftar realisasi layanan unggulan VVIP sesuai RBA seperti Tabel 3.38. dibawah ini:

Tabel 3.38. Realisasi Layanan Unggulan VVIP sesuai RBA

No	Layanan Unggulan sesuai RBA	Realisasi
1	Layanan Jantung terpadu	Layanan Jantung terpadu
2	Layanan Kanker Terpadu	Layanan Kanker Terpadu
3	Layanan Otak dan Vaskuler Terpadu	Layanan Otak dan Vaskuler Terpadu

No	Layanan Unggulan sesuai RBA	Realisasi
4	Layanan Infertilitas	Layanan Infertilitas
5	<i>Medical Check Up (MCU)</i>	<i>Medical Check Up (MCU)</i>
6	Layanan Estetika <i>Center</i>	Layanan Estetika <i>Center</i>
7	Layanan <i>Eye Center</i>	Layanan <i>Eye Center</i>
8	Layanan Cangkok Ginjal	Layanan Cangkok Ginjal
9	Layanan <i>Delivery Suite / Maternity Service</i> ,	Layanan <i>Delivery Suite / Maternity Service</i> ,
10	Pelayanan <i>Minimal Invasive Surgery (MIS)</i> dan Endoskopi.	Pelayanan <i>Minimal Invasive Surgery (MIS)</i> dan Endoskopi.

2) Realisasi indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit pada Tahun 2023 sudah sesuai dengan RBA sebesar 100%, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sesuai RBA. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.

3) Layanan unggulan RSUP Dr. Sardjito yang sesuai di RBA adalah :

- i. Layanan Pusat Jantung Terpadu berupa Poliklinik Khusus Jantung, Bedah Pintas Koroner, IMCC Surgical, Cardio Onkologi, Rujukan ACS (I-Stemi), Katup Trikuspid, Vaskular-EVLT, Prevensi, ODC berbasis Kateter, Modalitas PCI Kompleks.
- ii. Layanan Kanker Terpadu meliputi PTD, *Oncoplasty*, *Bone Marrow*, *Targeting Therapy*, *Comprehensive Neuro Oncology Management*, Diagnostik Molekuler Kanker, Sitogenetika Keganasan.
- iii. Layanan IVF atau *In Vitro Fertilization*, yang lebih dikenal dengan istilah bayi tabung, merupakan salah satu layanan unggulan rumah sakit .
- iv. Layanan Transplantasi Ginjal, merupakan layanan dengan tingkat keberhasilan transplan yang tinggi, yaitu 96,3%

4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan:

Dalam rangka mendukung pencapaian visi dan misi RSUP Dr. Sardjito maka telah disusun *roadmap* pengembangan RSUP Dr. Sardjito yang menjelaskan layanan unggulan dan prioritas layanan yang akan

ditingkatkan/dikembangkan. Dukungan manajemen untuk pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit berupa:

- 1) Pemenuhan alat yang tidak ada di rumah sakit lain di sekitar DIY seperti: Gamma Camera, Linac, mesin IVUS (Intravascular ultrasound), dll.
- 2) Pemenuhan SDM: pengembangan kapasitas para dokter DPJP, dimana dokter di RSUP Dr Sardjito sangat kompeten dan lebih unggul dari rumah sakit lain.
- 3) Kerjasama Luar Negeri dengan *National Taiwan University Hospital (NTUH), Taiwan, Kyoto University Hospital (KUH), Jepang, Princess Maxima Center – Belanda, The First Affiliated Hospital of Zhejiang University School of Medicine, Zhejiang, RoC*

e. Kendala

- 1) RS Vertikal rujukan tersier, hampir 90% pasien yang dilayani adalah peserta BPJS yang memanfaatkan layanan rumah sakit.
- 2) Tarif layanan VVIP atau layanan eksekutif kurang kompetitif dengan rumah sakit pesaing di sekitar wilayah DIY.

f. Upaya solusi

Melakukan promosi pelayanan VVIP di Rumah Sakit dengan berbagai cara melalui Kegiatan Pemasaran, *Contact Center* dan *Appointment Center* selama tahun 2023 secara umum sudah lebih banyak melakukan kegiatan Digital Marketing dan mengoptimalkan media pemasaran menggunakan kanal Contact Center dan aplikasi Whatsapp. Aktifitas *marketing plan* dilaksanakan dengan *traditional marketing (corporate visits, telemarketing, whatsapp blasting, customer event)* dan *digital marketing* yaitu strategi pemasaran dengan cara memanfaatkan kanal-kanal digital yang digunakan oleh RSUP Dr. Sardjito seperti website, media sosial dan kanal lain. Rumah Sakit melalui kebijakan yang telah disusun oleh Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS telah menetapkan pengelolaan media sosial yang digunakan sebagai kanal komunikasi seperti Instagram dan Youtube

Peningkatan fasilitas peralatan medik rumah sakit untuk mendukung:

- 1) Pelayanan Rawat Jalan, Rawat Darurat, Rawat Inap, Rawat Intensif dan Pelayanan Penunjang
- 2) Pelayanan Unggulan
- 3) Pengembangan Stratifikasi Pelayanan

Berupa pemenuhan alat medis untuk layanan penunjang, layanan poliklinik maupun kamar operasi. Serta melakukan evaluasi tarif layanan.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya:

- 1) Sehubungan dengan pemanfaatan teknologi informasi untuk layanan unggulan VVIP termasuk penggunaan RME, maka menghasilkan efisiensi baik dalam hal proses layanan dan penghematan penggunaan kertas, sebagai contoh: *order* laboratorium penunjang dengan menggunakan Work order, maka penggunaan kertas bisa ditekan sehingga lebih efisien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023.
- 2) Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi, efisiensi waktu. Dengan adanya sistem maka proses validasi bisa dilakukan, misalkan restriksi obat, informasi tagihan yang over dari jumlah klaim yang ditagihkan sehingga bisa mengingatkan dokter untuk menekan pemeriksaan penunjang.

19. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

a. Definisi Operasional Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal}} \times 100\%$$

- 1) Inklusi: Jumlah pasien rawat jalan berdasar cara bayar yang non BPJS (poli eksekutif Amarta, poli VIP Wijaya Kusuma, estetika center, Permata Hati)
- 2) Eksklusi: -

- c. Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Tahun 2023 sesuai Tabel 3.39. di bawah ini.

Tabel 3.39. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	10%	10%	10,1%	101%
5.	2024	10%	10%		

Tabel 3.40. Realisasi Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	9,9	9,7	10,1	9,3	9,2	8,8	8,7	10,5	11,3	11,1	10,8	10,8

Dari Tabel 3.39. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP Tahun 2023 sebesar 10,1% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan, dengan realisasi capaian sebesar 101% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP pada Tahun 2023 sebesar 10,1%, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 10%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 101% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

- d. Analisis Penyebab Keberhasilan

Dalam rangka mendukung pencapaian visi dan misi RSUP Dr. Sardjito maka telah disusun *roadmap* pengembangan RSUP Dr. Sardjito yang menjelaskan layanan unggulan dan prioritas layanan yang akan ditingkatkan/dikembangkan serta uraian sarana, prasarana dan alat kesehatan

yang mendukung pencapaian prioritas pelayanan serta kebutuhan anggaran yang diperlukan untuk mengembangkan dan meningkatkan layanan unggulan tersebut.

Salah satu layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism* (Layanan *Privilege*) yang terdiri dari *Estetika center*, *Medical CheckUp* (MCU), Layanan Kesehatan Reproduksi, *Eye Center*, *Minimal Invasive Surgery*, Transplantasi, Layanan di UPF Tawangmangu). Layanan *privilege* yang dikembangkan akan menambah jumlah pasien VIP maupun VVIP di RSUP Dr Sardjito.

Mulai bulan Oktober tahun 2021 telah dibuka layanan Poliklinik eksekutif di Amarta untuk pasien-pasien VIP dan VVIP. Bulan September 2023 dibuka Pelayanan Poliklinik Wijaya Kusuma untuk pasien umum non VIP dan pasien dengan Ikatan Kerja Sama. Selain pasien rawat inap VIP dan VVIP disediakan di Bangsal Cendrawasih, Ayodya, Amarta.

e. Kendala

- 1) Sebagai RS Vertikal rujukan tersier, hampir 90% pasien yang dilayani adalah peserta BPJS yang memanfaatkan layanan RS
- 2) Tarif layanan VVIP atau layanan eksekutif kurang kompetitif dengan rumah sakit pesaing di sekitar wilayah DIY.

f. Upaya solusi

Meningkatkan kegiatan promosi pelayanan VVIP di Rumah Sakit kepada pelanggan. Melakukan promosi pelayanan VVIP di Rumah Sakit dengan berbagai cara melalui Kegiatan Pemasaran, *Contact Center* dan *Appointment Center* selama tahun 2023 secara umum sudah lebih banyak melakukan kegiatan Digital Marketing dan mengoptimalkan media pemasaran menggunakan kanal *Contact Center* dan aplikasi Whatsapp. Aktivitas *marketing plan* dilaksanakan dengan *traditional marketing* (*corporat visite*, *telemarketing*, *whatsapp blasting*, *customer event*) dan *digital marketing* yaitu strategi pemasaran dengan cara memanfaatkan kanal-kanal digital yang digunakan oleh RSUP Dr. Sardjito seperti website, media sosial dan kanal lain. Rumah Sakit melalui kebijakan yang telah disusun oleh Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS telah menetapkan pengelolaan media sosial yang digunakan sebagai kanal komunikasi seperti Instagram dan Youtube.

Melakukan evaluasi tarif layanan terutama untuk layanan eksekutif, MCU, agar lebih kompetitif dengan rumah sakit pesaing.

- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya;
- 1) Sehubungan dengan pemanfaatan teknologi informasi untuk layanan unggulan VVIP termasuk penggunaan RME, maka menghasilkan efisiensi baik dalam hal proses layanan dan penghematan penggunaan kertas, sebagai contoh: order laboratorium penunjang dengan menggunakan Work order, maka penggunaan kertas bisa ditekan sehingga lebih efisien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023.
 - 2) Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi, efisiensi waktu. Dengan adanya sistem maka proses validasi bisa dilakukan, misalkan restriksi obat, informasi tagihan yang over dari jumlah klaim yang ditagihkan sehingga bisa mengingatkan dokter untuk menekan pemeriksaan penunjang.

20. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

- a. Definisi Operasional Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
- Layanan Unggulan bertaraf Internasional adalah jumlah layanan unggulan rumah sakit/institusi kesehatan luar negeri yang bekerja sama dengan rumah sakit pada tahun penilaian.
- Rumah Sakit yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut :
- Proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.
- c. Realisasi indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.41. di bawah ini.

Tabel 3.41. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 Layanan	1 Layanan	2 layanan	200%
5.	2024	1 Layanan	1 Layanan		

Tabel 3.42. Realisasi Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	1 layanan (program hemato onkologi anak yang bekerjasama dengan <i>Princess Maxime Center</i> Belanda)			1 layanan (program hemato onkologi anak yang bekerjasama dengan <i>Princess Maxime Center</i> Belanda)			2 layanan : 1. Program hemato onkologi anak yang bekerjasama dengan <i>Princess Maxime Center</i> Belanda 2. <i>Kyoto University Hospital (KUH)</i> , Jepang Program pelatihan dan pengampuan layanan Transplantasi Hati.			2 layanan : 1. Program hemato onkologi anak yang bekerjasama dengan <i>Princess Maxime Center</i> Belanda (sampai tahap evaluasi) 2. <i>Kyoto University Hospital (KUH)</i> , Jepang Program pelatihan dan pengampuan layanan Transplantasi Hati, Penelitian, Pelatihan Dokter		

Dari Tabel 3.41. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional pada Tahun 2023 sebesar 2 layanan sudah melebihi standar nasional dan diatas target yang ditetapkan 1 layanan. 2 layanan tersebut adalah program hemato onkologi anak, program KIA, *esthetic center doctor training*, Registri kanker anak. Serta layanan transplantasi hati. Realisasi capaian sebesar 200% dibanding target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional pada Tahun 2023 sebesar 2 layanan, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 1 layanan. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 200% dari target jangka menengah.

- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan:

Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional berhasil oleh karena:

- 1) RSUP Dr Sardjito mempunyai jejaring hubungan dengan Luar Negeri karena banyak dokter RSUP Dr Sardjito yang belajar di luar negeri.
- 2) Support dari manajemen: Kerjasama dengan rumah sakit jejaring di luar negeri dengan terbentuknya payung kerjasama, melatih tim dokter untuk belajar, menjalani Pendidikan dan pelatihan.
- 3) Pemenuhan kebutuhan alat yang menunjang layanan kanker (CT Simulator), transplantasi hati untuk kebutuhan operasi, mesin IVUS untuk layanan Jantung, dll.
- 4) Komitmen yang tinggi dari DPJP di KSM dan sebagian besar KSM untuk melakukan kerjasama luar negeri. KSM yang melakukan Kerjasama dengan luar negeri diantaranya adalah KSM Anak, KSM Penyakit Dalam, KSM Bedah Digesti, KSM Bedah Anak, KSM Bedah Saraf, KSM THT, KSM Mata, KSM Urologi, KSM Anestesiologi, KSM Radiologi, KSM Patologi Anatomi, KSM Patologi Klinik. Alasan mereka mau melakukan Kerjasama dengan luar negeri karena para DPJP akan mendapatkan banyak manfaat diantaranya meningkatnya kapasitas mereka baik dari segi ketrampilan, skill klinis maupun bertambahnya ilmu dan pengalaman.

e. Kendala

- 1) Proses pengurusan/ perpanjangan MOU secara Tripartit membutuhkan waktu yang lebih lama untuk mendapatkan kesepakatan.
- 2) SDM untuk melakukan rewiu Kerjasama Luar Negeri kurang optimal
- 3) Penentuan SDM yang akan melaksanakan program kerja sama di luar negeri terkendala dengan komitmen SDM yang akan berangkat, pendanaan, dan keterbatasan kuota.

f. Upaya solusi

- 1) Koordinasi dan komunikasi lebih intens dengan pihak terkait dengan FKMK, rumah sakit/institusi kesehatan luar negeri

- 2) Mengusulkan penambahan SDM yang melakukan rewiu Kerjasama Luar Negeri
- 3) Mengusulkan kembali anggaran sesuai rencana program

21. Indikator Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit

- a. Definisi Operasional Indikator Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit
 - 1) Pengampuan pelayanan RS adalah kondisi RSUP Dr. Sardjito melakukan pengawasan, pendampingan dan pembinaan dalam pelayanan pelayanan jantung, kanker, *diabetes mellitus* (DM), ginjal / *uro-nefro*, hati, *stroke* / otak, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tuberculosis (TB) dan penyakit infeksi kepada rumah sakit lain yang belum sanggup/ cakap memberi pelayanan tersebut.
 - 2) Jejaring pelayanan RS adalah pertautan suatu hubungan timbal balik/ menjadi relasi spesifik dalam berbagai pelayanan untuk menghasilkan sebuah manfaat dan keuntungan.
 - 3) Pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit adalah Peningkatan komponen level stratifikasi (SDM dan atau Sarana Prasarana Alat) pada RSUD yang diampu.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut
Jumlah rumah sakit dalam wilayah pengampuan RSUP Dr. Sardjito yang terdapat peningkatan komponen level stratifikasinya.
- c. Realisasi indikator Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.43. di bawah ini.

Tabel 3.43. Indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	-	6 RS	6 RS	100%
5.	2024	-	6 RS		

Tabel 3.44. Realisasi Indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	5 RS yaitu : RSUD Kota, RSUD Sleman, RSUD Wonosari, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wates			5 RS yaitu : RSUD Kota, RSUD Sleman, RSUD Wonosari, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wates			5 RS yaitu : RSUD Kota, RSUD Sleman, RSUD Wonosari, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wates			6 RS: RSUD Kota, RSUD Sleman, RSUD Wonosari, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wates, RS Oputa Yii Ko		

Dari Tabel 3.43. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit pada Tahun 2023 sudah sesuai target yang ditetapkan. Terdapat 6 rumah sakit dalam wilayah pengampuan RSUP Dr. Sardjito yang terdapat peningkatan komponen level stratifikasinya. 6 rumah sakit tersebut adalah: RSUD Kota, RSUD Sleman, RSUD Wonosari, RSUD Panembahan Senopati, RSUD Wates, RS Oputa Yii Ko.
- 2) Realisasi indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit pada Tahun 2023 sebesar 6 rumah sakit, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 6 rumah sakit. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Terselenggaranya Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Adanya koordinasi yang baik antara tim pengampu RSUP Dr. Sardjito dan tim ampuan khususnya di wilayah DIY karena jarak tempuh yang tidak terlalu jauh dan mudah dalam koordinasi dan konsolidasi.
- 2) Komitmen dan dukungan yang tinggi dari Rumah Sakit ampuan dan Pemerintah Daerah, untuk rumah sakit area ampuan di DIY.

e. Kendala

Kendala yang dialami program pengampuan di Rumah sakit ampuan di luar DIY adalah belum optimalnya dukungan dan komitmen dari Rumah Sakit maupun Pemerintah Daerah di area ampuan, sehingga membuat koordinasi terkait pemenuhan SDM, sarana prasarana dan alat Kesehatan menjadi lebih sulit.

Pembiayaan program pengampuan untuk pemenuhan sarana dan prasarana dari pemerintah daerah. Ada sebagian Pemerintah Daerah yang belum menganggarkan biaya program pengampuan.

Kendala dari tim pengampuan internal adalah terkait administrasi pelaporan dan kesibukan dari masing-masing anggota tim, sehingga ada beberapa anggota tim yang keaktifannya tidak merata.

f. Upaya solusi

Berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk membantu komunikasi dengan RS ampuan di luar DIY

Berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk melakukan MOU antara rumah sakit dengan Pemerintah daerah

Optimalisasi komunikasi serta koordinasi internal, antara lain dengan rapat rutin antar anggota tim pengampuan difasilitasi oleh Tim Kerja Pelayanan Medik. Penunjukan coordinator manajemen data sehingga anggota tim pengampuan tidak lagi dibebani dengan pekerjaan administrative dan dapat *focus* pada pengampuan.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Dengan tercapainya peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit ampuan tercipta kesetaraan layanan di daerah, seperti layanan cateterisasi jantung yang awalnya tidak ada menjadi ada di RS daerah yang menyebabkan pasien jantung di daerah tidak perlu dirujuk ke fasilitas layanan kesehatan yang lebih tinggi atau lebih jauh.
- 2) Mengurangi angka kesakitan dan kematian pasien di daerah dengan adanya pemenuhan layanan tersebut.
- 3) Pelaksanaan program pengampuan dilakukan lebih banyak secara daring, untuk pembiayaan pengampuan dibebankan kepada pendanaan dari pusat. Hasil dari pengampuan akan bisa dilihat dalam jangka Panjang dengan penurunan severity level 1, cakupan layanan di RS ampuan meningkat dst.

22. Indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

- a. Definisi Operasional Indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan
Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh RS Pengampu Nasional.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut :
Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan.
- c. Realisasi indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.45. di bawah ini.

Tabel 3.45. Indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 rumah sakit	1 rumah sakit	1 rumah sakit RSUD Kota Yogyakarta untuk layanan stroke	100%
5.	2024	1 rumah sakit	1 rumah sakit		

Dari Tabel 3.45. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan pada Tahun 2023 sebesar 100% sesuai standar nasional dan target yang ditetapkan. Satu rumah sakit yaitu RSUD Kota Yogyakarta untuk layanan stroke mencapai strata utama, sesuai KMK No HK 01.07/Menkes/1336/2023 tentang RS Jejaring Pengampuan Layanan Stroke
- 2) Realisasi indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan pada Tahun 2023 sebesar 1 rumah sakit, sudah sesuai target jangka menengah tahun

2024 sebesar 1 rumah sakit. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.

- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Komitmen Pemerintah Pusat dengan adanya KMK No HK 01.07/Menkes/1336/2023 tentang RS Jejaring Pengampuan Layanan Stroke.
- 2) Adanya komitmen dari RS ampuan untuk memenuhi target stratanya. RSUD Kota Yogyakarta memiliki staf sesuai yang disaratkan pada level Utama meliputi 3 neurolog, 1 neurointervensi, 1 bedah saraf, perawat terlatih stroke, perawat terlatih neurointervensi, serta sarana yang memadai untuk pelayanan meliputi CT Scan 128 slice, cathlab, kamar operasi, bangsal stroke.
- 3) RSUD Kota Yogyakarta juga membangun sistem aktivasi Code Stroke.
- 4) Dengan tercapainya Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama, menciptakan kesetaraan layanan di daerah, seperti layanan stroke yang awalnya tidak ada bangsal khusus stroke menjadi tersedia di rumah sakit daerah sehingga kapasitas pelayanan stroke di rumah sakit tersebut meningkat.
- 5) Dengan adanya layanan Stroke di daerah, mengurangi angka kesakitan dan kematian pasien stroke di daerah karena ditangani sesuai prosedur yang seharusnya sedini mungkin.
- 6) Dengan adanya kesetaraan pelayanan sesuai level stratifikasi maka rumah sakit daerah tidak perlu melakukan rujukan ke rumah sakit yang lebih tinggi.

e. Kendala

Alat dan SDM yang sesuai dengan level strata belum terpenuhi karena proses pemenuhannya membutuhkan sumber daya yang besar dan waktu yang relative lama. Untuk aspek sumber daya manusia yang belum terpenuhi diantaranya staf bedah saraf vaskuler dan perawat cath lab neurointervensi, untuk aspek sarana dan alat yang belum terpenuhi mencakup mikroskop neurosurgery, unit stroke dan MRI 1,5 Tesla.

f. Upaya Solusi

RSUP Dr Sardjito memberikan kemudahan dan prioritas kepada RSUD Ampuan dalam rangka pelatihan dan peningkatan kapasitas SDM yaitu pelatihan perawat cathlab,

23. 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 :

- 1) RS kelas A pendidikan dan rujukan nasional adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis program pengembangan Kesehatan nasional, RS kelas A mempunyai > 250 tempat tidur.
- 2) Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran dan/atau kedokteran gigi, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas A dan rumah sakit pendidikan sesuai standar dan ketentuan yang berlaku. Selain itu, Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Nasional harus memiliki akreditasi rumah sakit berstandar nasional (sertifikasi akreditasi paripurna) dan internasional_
- 3) 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.

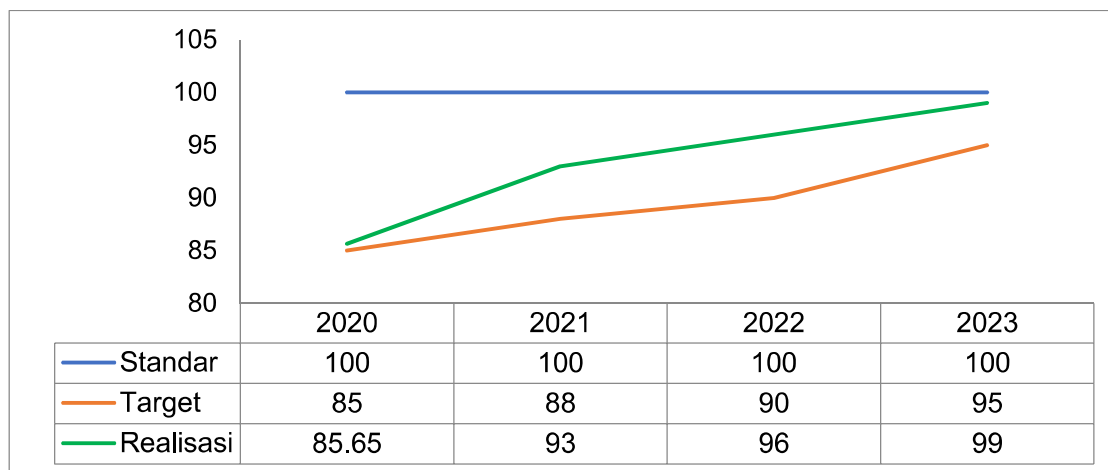
b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah SDM yang tersedia}}{\text{Jumlah kebutuhan SDM sesuai standar}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional tahun 2020-2022 sesuai Tabel 3.46. dibawah ini.

Tabel 3.46. Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional tahun 2020-2023

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%	99%	104,21%
5.	2024		95%		



Gambar 3.3. Realisasi Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional Tahun 2020-2023

Tabel 3.47. Realisasi Indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	97			97			99			99		

Dari Tabel 3.46. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional Pada Tahun 2023 sebesar 99% lebih besar dibandingkan target Tahun 2023 sebesar 95% dengan persentase realisasi capaian sebesar 104,21% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional sebesar 99% lebih rendah dari standar nasional 100%, dengan persentase realisasi capaian sebesar 99% dari standar nasional yang ditetapkan. Realisasi indikator masih dibawah standar nasional. 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 sesuai Tabel 3.48. di bawah ini.

Tabel 3. 48. Hasil Perhitungan Persentase SDM Sesuai Standar RS Tipe A

SDM Standar RS Tipe A			Standar	Realisasi Des 2023	
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%
	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	+ / -	1	100%
	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	+ / -	1	100%
	29) Parasitologi klinik	1	+ / -	0	0%
	30) Gizi klinik	1	+ / -	1	100%
	31) Farmakologi klinik	1	+ / -	1	100%
	32) Akupunktur	1	+ / -	1	100%

SDM Standar RS Tipe A				Standar	Realisasi Des 2023	
		33) Onkologi radiasi	1	+ / -	1	100%
		34) Kedokteran nuklir	1	+ / -	2	100%
		35) Dokter spesialis lainnya	1	+ / -	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%
		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	+ / -	4	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	+ / -	2	100%
		i) Alergi imunologi	1	+ / -	1	100%
		j) Pediatri sosial-tumbuh kembang	1	+ / -	3	100%
		k) Pencitraan pediatric	1	+ / -	1	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	+ / -	3	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%

SDM Standar RS Tipe A						Standar	Realisasi Des 2023	
				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%
				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 okulooplasti 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	

SDM Standar RS Tipe A					Standar	Realisasi Des 2023	
				Neurofisiologi klinik dan Sistem Neuromuskuler		1	
			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%
				Onkologi Radiasi			2
			13)	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	+ / -		
			a)	Pediatri	1	+ / -	1 100%

SDM Standar RS Tipe A						Standar	Realisasi Des 2023	
				b) Geriatri	1	+ / -	1	100%
				c) Muskuloskletal	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) Kardiocervaskuler	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 prostetis		1	+ / -	3	100%
		5)	Radioterapis		1	+ / -		
		6)	Ahli teknologi laboratorium medik (analisis/biologi)		1	+	66	100%
		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								99%

- 2) Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional Tahun 2023 lebih tinggi dibandingkan realisasi Tahun 2021 (93%) dan Tahun 2022 (96%).
 - 3) Realisasi indikator Persentase SDM sesuai Standar RS Tipe A Pendidikan dan Rujukan Nasional pada Tahun 2023 sebesar 99% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 104,21% dari target jangka menengah.
 - 4) Untuk pemenuhan standar SDM kelas A tercapai 99% meningkat dibanding periode sebelumnya dikarenakan belum terpenuhinya staf medis parasitologi klinik. Beberapa penyebab belum terpenuhinya: sebagai RS pendidikan utama FKMK UGM serta FKG UGM , spesialisik yang lainnya belum adanya pengembangan "*hospital based*" dari institusi pendidikan tersebut.
- d. Analisis Penyebab Keberhasilan
- 1) Adanya program pengembangan SDM berdasarkan rencana strategis rumah sakit 2019-2024 yang sudah dilaksanakan.
 - 2) Adanya program dokter mitra rumah sakit maupun dengan FKMK-UGM serta FKG UMY
- e. Kendala
- Dokter Parasitologi belum terpenuhi, karena beban pelayanan parasitologi masih di FKMK-UGM. Pemeriksaan parasitologi (pathogen penyakit non viral dan non bakteri) relative tidak banyak dibanding pemeriksaan laboratorium yang lain, kalau mengangkat 1 orang dokter Parasitologi tidak memenuhi Analisa Beban Kerja (ABK).
- f. Upaya perbaikan/ solusi
- 1) Kerjasama dengan FKMK-UGM untuk penempatan Dokter Parasitologi menjadi dokter mitra di RSUP Dr Sardjito.
 - 2) Rekrutmen dokter mitra baik dengan kerjasama Fakultas Kedokteran (FKMK 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.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Upaya peningkatan status NON PNS BLU untuk menjadi 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 PPPK 123 formasi yang tersedia ; berhasil (122/123) 99 % berasal dari NON PNS BLU internal. Dengan demikian beban belanja pegawai untuk gaji pokok bukan lagi menjadi beban belanja pegawai BLU RSUP Dr. Sardjito menjadi beban belanja rupiah murni APBN. Berdasar PP 49 tahun 2018 tentang Manajemen PPPK, dimana untuk optimalisasi SDM Non PNS BLU jabatan driver dan pramubakti sejumlah 59 pegawai segera dialihkan memenuhi jabatan pengadministrasi umum untuk instalasi layanan dan bidang / bagian yang membutuhkan

24. 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.

Karyawan yang dimaksud disini adalah pegawai rumah sakit dengan kriteria ASN (PNS, P3K, Pegawai BLU tetap), BLU Tidak tetap, PKWT.

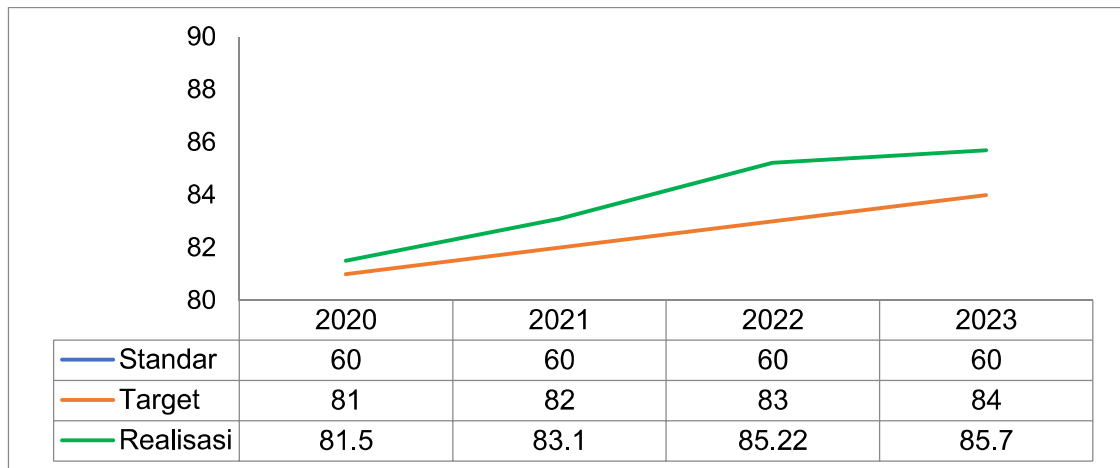
b. Formula perhitungan sebagai berikut :

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

c. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.49. di bawah ini.

Tabel 3.49. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2023

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020	>60%	81%	81,50%	100,62%
2.	2021		82%	83,10%	101,34%
3.	2022		83%	85,22%	102,67%
4.	2023		84%	85,70%	102,02%
5.	2024		84%		



Gambar 3.4. Realisasi Indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2023

Tabel 3.50. Realisasi Indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	7,31	18,06	29,63	29,97	41,47	44,32	45,42	47,37	70,1	78,4	84,8	85,7

Dari Tabel 3.49. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun pada Tahun 2023 sebesar 85,7% lebih banyak dibandingkan target Tahun 2023 sebesar 84% dengan realisasi capaian sebesar 102,02% dari target yang ditetapkan. Rincian terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan berdasarkan profesi sesuai Tabel 3.12. di bawah ini.

Tabel 3.51. Terlaksananya 20 Jam Pelatihan Per Karyawan Berdasarkan Profesi (per Sept 2023)

No.	Profesi	Jumlah	%
1.	Bidan	25	1,22%
2.	Medis	230	11,27%
3.	Nakes Lain	343	16,80%
4.	Non Medis	323	15,83%
5.	Perawat	1120	54,88%
6.	Total	2.041	100,00%

Realisasi pelatihan 20 JPL sebesar 85,7% 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 pada Tahun 2023 sebesar 85,7% lebih banyak dibandingkan standar nasional Tahun 2023 sebesar 60% dengan realisasi capaian sebesar 142,83% dari standar nasional yang ditetapkan.
- 3) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun meningkat dari tahun ke tahun mulai tahun 2020 sampai tahun 2023, dan sudah melebihi target yang ditetapkan.
- 4) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun pada Tahun 2023 sebesar 85,7% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 84%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 102,02% dari target jangka menengah.

d. Analisis 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 2022. 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.

Pada saat pelatihan menggunakan metode Luring, rumah sakit harus menyediakan konsumsi @Rp40.000,-/hari, misalkan untuk 30 orang, berarti membutuhkan biaya $Rp40.000 \times 300 \times 3 \text{ hari} = Rp36.000.000,-$. Peserta harus meninggalkan pekerjaan rutin di ruangan. Bila menggunakan metode blended LMS, cakupan peserta bisa sampai 200-300 orang, mereka berkesempatan

belajar mandiri tanpa meninggalkan dinas, dan biaya konsumsi dapat ditekan hanya untuk narasumber ketika praktek Rp40.000,- x 15 orang x 2 hari= Rp1.200.000,-. Terjadi efisiensi Rp34.800.000,-. dalam sekali pelatihan.

e. Kendala

Meskipun realisasi 20 jam pelatihan per karyawan pada tahun 2023 sudah memenuhi target yang ditetapkan, namun masih ditemui beberapa kendala diantaranya yaitu :

- 1) Belum dapat merekap pelatihan mandiri yang dilakukan oleh pegawai (tanpa menggunakan surat tugas dari RS).
- 2) Terdapat ketidakseragaman inputan data (nama karyawan) sehingga proses pengolahan data menjadi lama dan berisiko terjadinya kesalahan penghitungan.
- 3) Menumpuknya pelatihan di akhir tahun dikarenakan PIC pelatihan yang sebagian besar perawat lebih memprioritaskan pelayanan pasien.
- 4) Belum adanya sistem integrasi data kepesertaan pelatihan karyawan antara Diklat, Tim Kerja Diklat dan SDM.
- 5) Minat karyawan dalam mengikuti pelatihan melalui metode LMS masih kurang.

f. Upaya Perbaikan/ Solusi

Upaya perbaikan/ solusi yang akan dilakukan:

- 1) Mengembangkan aplikasi TNA (*Training Need Assesment*) sebagai Upaya pemetaan pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung kompetensi teknis dan manajerial dalam memberikan pelayanan.
- 2) Optimalisasi SI PADU (Sistem Pelatihan Terpadu) agar data pelatihan dari Instalasi Diklat, Tim Kerja Diklat dan Tim Kerja OSDM dapat terintegrasi.
- 3) Mengoptimalkan LMS (*Learning Management System*) sebagai media pelatihan yang dapat mencakup banyak peserta sehingga target 20 jam pelatihan dapat tercapai tanpa mengurangi kualitas pelatihan.
- 4) 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 Tim Kerja Diklat dengan melampirkan sertifikat.

- 5) Optimalisasi kegiatan Evaluasi Pasca Pelatihan untuk mengetahui dampak dari pelatihan yang diikuti karyawan.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Upaya efisiensi pelatihan dilakukan dengan menggunakan metode:

- 1) *Blended learning*, yaitu menggabungkan antara sistem pelatihan daring dengan praktek. Hal ini dapat menghemat biaya konsumsi dan biaya operasional lain.
- 2) LMS (*Learning Management System*) adalah metode sistem pembelajaran secara online dengan menggunakan aplikasi atau web dari Diklat yang digunakan untuk Pelatihan.
- 3) Bila menggunakan metode Luring, rumah sakit harus menyediakan konsumsi @Rp40.000,-/hari, misalkan untuk 30 orang, berarti membutuhkan biaya $Rp40.000 \times 300 \times 3 \text{ hari} = Rp36.000.000,-$. Peserta harus meninggalkan pekerjaan rutin di ruangan. Bila menggunakan metode blended LMS, cakupan peserta bisa sampai 200-300 orang dan mereka berkesempatan belajar mandiri tanpa meninggalkan dinas, dan biaya konsumsi dapat ditekan hanya untuk narasumber ketika praktek $Rp40.000,- \times 15 \text{ orang} \times 2 \text{ hari} = Rp1.200.000,-$. Terjadi efisiensi Rp34.800.000,- dalam sekali pelatihan.

25. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

a. Definisi Operasional Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

Implementasi adalah : tindakan/pelaksanaan dari sebuah rencana yang telah disusun secara matang.

Budaya organisasi adalah:

tata nilai yang disepakati dan dipatuhi oleh seluruh anggota organisasi yang sifatnya dinamis dan mampu untuk meningkatkan produktivitas. Budaya organisasi berpengaruh pada perilaku anggota atau individu serta kelompok didalam suatu organisasi. Budaya organisasi yang ada di dalam organisasi bisa kuat dan bisa yang lemah. Budaya dikatakan kuat apabila nilai-nilai, sikap, dan kepercayaan bersama tersebut dipahami serta dianut dengan teguh dan komitmen tinggi, sehingga rasa kebersamaan dapat tercipta.

Sebaliknya budaya organisasi yang lemah tercermin, pada kurangnya komitmen/karyawan terhadap nilai-nilai kepercayaan dan sikap-sikap bersama yang biasanya dilakukan atau disepakati. RSUP Dr. Sardjito menerapkan budaya Berorientasi Pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif (BerAkhlak) dari Kementerian Kesehatan yang disetarakan dengan budaya organisasi *SARDJITO (**S**afety **A**kuntabel **R**amah **D**inamis **J**ujur **I**novatif **T**erpercaya **O**byektif).

Tabel 3.52. Budaya Organisasi *SARDJITO*

BerAkhlak	SARDJITO	URAIAN
Berorientasi Pelayanan	Ramah	Seluruh sivitas hospitalia memiliki komitmen untuk mengutamakan keselamatan pasien, pengunjung, karyawan, rumah sakit dan mitra.
Akuntabel	Akuntabel	Semua kegiatan yang dilakukan di rumah sakit mampu dipertanggungjawabkan (<i>ojo grusa grusu, mundak kesaru</i>).
Kompeten	Safety	Pelayanan dengan perilaku yang menyenangkan ditandai dengan senyum, salam dan sapa yang hangat.
Harmonis	Dinamis	Terus menerus melakukan perubahan mengikuti perkembangan jaman di segala bidang.
Loyal	Jujur	Senantiasa melakukan perbuatan yang menjunjung nilai-nilai kebenaran.
Adaptif	Inovatif	Sikap dan perilaku yang kreatif dan berani mengambil risiko untuk mencoba hal-hal baru.
Kolaboratif	Terpercaya	Mampu mengemban amanah dan memiliki kemampuan yang dapat diandalkan.
	Obyektif	Berpikir sesuai dengan keadaan yang sebenarnya tanpa dipengaruhi pendapat pribadi dan berbasis bukti.

Implementasi Budaya Organisasi *SARDJITO* adalah :

pelaksanaan tata nilai *Safety*, Akuntabel , Ramah, Dinamis, Jujur, Inovatif, Terpercaya, dan Obyektif oleh seluruh karyawan dalam rangka meningkatkan produktifitas. Penilaian dilakukan dengan survei karyawan.

Survey Budaya Organisasi adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat penerapan tata nilai *SARDJITO* yang merupakan turunan dari Budaya Aparatur Sipil Negara “BERAKHLAK”, diharapkan perilaku dan tindakan karyawan dalam menjalankan aktivitasnya di dalam organisasi sesuai dengan tata nilai seperti diatas. Survey dilaksanakan secara blind untuk mengetahui kejujuran dan obyektivitas hasil persepsi. Survey dilaksanakan setiap 6 bulan sekali.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Nilai persepsi karyawan yang telah menerapkan budaya organisasi *SARDJITO*}}{\text{Nilai persepsi maksimal jumlah seluruh karyawan yang mengisi survey budaya organisasi *SARDJITO*}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.53. di bawah ini.

Tabel 3.53. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥ 85%	95%	91%	90,52%
5.	2024	≥ 85%	95%		

Tabel 3.54. Realisasi Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	90						91					

Dari Tabel 3.53. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 sebesar 91% lebih rendah dari

target Tahun 2023 sebesar 95% dengan realisasi capaian sebesar 90,52% sesuai target yang ditetapkan.

Untuk nilai yang rendah karena :

- i. Tidak segera menanggapi komplain pelanggan
- ii. Belum adanya sistem reward (misal: ucapan terima kasih) oleh manajemen

2) Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK belum mencapai target karena Sumber data menggunakan google form yang belum dapat dianalisa locus tingkat persentase BERAKHLAK, kesesuaian pegawai untuk mendapat reward dari atasan dan teman sejawat, sebagai ciri pelaksanaan Pelayanan

Upaya perbaikan yang dilakukan :

- i. Optimalisasi kinerja sub tim pembinaan dan jenjang karir
- ii. Adanya P3 (reward dan prestasi)
- iii. Redefinisi budaya berakhlak melalui implementasi program hingga ke satuan kerja.

3). Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 sebesar 91% sudah melebihi standar nasional sebesar 85%, dengan realisasi capaian sebesar 107,06% dari standar nasional yang ditetapkan.

4). Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 sebesar 91% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 75%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 113,67% dari target jangka menengah.

d. Analisis Penyebab tidak tercapainya target indikator:

Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2023 lebih rendah dari target. Beberapa kendala sebagai berikut:

- 1) Peran kepala satuan kerja dalam melakukan sosialisasi nilai nilai budaya SARDJITO belum optimal.
- 2) Belum semua karyawan berpartisipasi untuk mengikuti survei nilai berakhlak
- 3) Belum ada sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai.
- 4) Tim *Agen Of Change*, belum dilakukan evaluasi implementasi terhadap panduan pembangunan kultur mutu dan budaya organisasi.

e. Upaya Solusi dalam mencapai target indikator

Dalam rangka memperbaiki implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAHLAK RSUP Dr Sardjito sudah melakukan perbaikan berupa: Membuat sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai, melaksanakan refreshing nilai-nilai berakhlak kepada tim AOC, melakukan feedback nilai-nilai berakhlak kepada satuan kerja

Dukungan manajemen Rumah Sakit dengan menyiapkan kebijakan dan panduan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUP Dr Sardjito tahun 2023, dengan Keputusan Direktur Utama No HK.02.03/XI.6/18510/2022 tentang Panduan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tahun 2022. Panduan Pengelolaan Sumber Daya Manusia dengan SK Direktur Utama RSUP Dr Sardjito Yogyakarta No HK.02.03/XI.2/18571/2022, tanggal 30 September 2022. Rencana kerja program BerAkhlak. Pemberian reward dan konsekuensi terhadap karyawan. Panduan Pelaksanaan Remunerasi yang tertuang di dalam SK Direktur Utama RSUP Dr Sardjito Yogyakarta No HK.02.03/D.XI/10268/2023 tanggal 18 Mei 2023 tentang Panduan Pelaksanaan Remunerasi Kepada Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai BLU di Lingkungan RSUP Dr Sardjito Yogyakarta.

Kebijakan-kebijakan tersebut akan efektif mempengaruhi budaya BERAHLAK dengan adanya dukungan pimpinan untuk menumbuhkan budaya *Safety*, Akuntabel, Ramah, Dinamis, Jujur, Inovatif, Terpercaya, dan Obyektif sebagai implementasi BERAHLAK.

Selain itu RSUP Dr Sardjito akan melakukan beberapa hal di bawah ini untuk meningkatkan budaya BERAHLAK:

- 1) Membuat refreshing nilai-nilai berakhlak kepada tim AOC
- 2) Melakukan feedback nilai-nilai berakhlak kepada satuan kerja
- 3) Membuat sistem feedback komplain pasien terhadap kinerja pegawai.

h. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam rangka mencapai implementasi budaya berakhlak sudah dilakukan survey internalisasi budaya Berakhlak kepada seluruh pegawai, yang dilaksanakan secara blind dengan survey online. 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.

Efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2023 dibandingkan tahun 2022 sebagai berikut: Serapan tahun 2022 jumlah kertas HVS 5.041 rim dengan nilai Rp249.485.500,00. Serapan tahun 2023 jumlah kertas 1.651 rim dengan nilai Rp79.918.250,00. Terjadi efisiensi sebesar 68% dengan nilai Rp 169.567.250,00.

26. Indikator Utilitas alat kesehatan

a. Definisi Operasional Indikator Utilitasi alat kesehatan

Utilitas alat kesehatan adalah hasil yang diukur dari penggunaan alat dibandingkan dengan target penggunaan alat per periode

Target penggunaan alat ditentukan dari kapasitas maksimal alat dengan mempertimbangkan sumberdaya dan populasi pasien

Alat yang akan diukur utilitasnya adalah alat untuk pelayanan stratifikasi pelayanan kanker (*LINAC, Gamma Camera*), Jantung (*Cathlab*), stroke (*MRI*), dan uronefro (*MSCT*).

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Penggunaan alat per bulan}}{\text{Target penggunaan alat per bulan}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.55. di bawah ini.

Tabel 3.55. Indikator Utilitas alat kesehatan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	100%	75%	83,03%	110,71%
5.	2024	100%	75%		

Tabel 3.56. Realisasi Indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	mei	Juni	juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	85,44	74,59	78,37	57,43	87,87	74,84	85,51	98,55	86,91	94,04	91,59	81,23

Dari Tabel 3.55. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2023 sebesar 83,03% melebihi target yang ditetapkan 75%, dengan realisasi capaian sebesar 110,71% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2023 sebesar 83,03% belum memenuhi standar nasional 100%, dengan realisasi capaian sebesar 83,03%.
- 3) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2023 sebesar 83,03% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 75%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 110,71% dari target jangka menengah.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Utilitas alat kesehatan belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Capaian tertinggi utilitas alat pada MRI dan MSCT yang disebabkan oleh kenaikan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada tahun 2023. Dukungan manajemen rumah sakit berupa pemenuhan SDM dokter dan operator alat kesehatan yang kompeten.

e. Kendala

Alat Kesehatan dengan utilitas yang rendah adalah ESWL disebabkan oleh karena menurunnya pasien ESWL di RSUP Dr Sardjito karena rumah sakit Tipe 2 dan 3 sudah bisa melakukan Tindakan ESWL.

Penurunan utilitas Gamma Camera disebabkan oleh karena pada bulan April dan Desember banyak waktu libur Panjang Hari Raya Idul Fitri dan Hari Raya Natal.

f. Upaya solusi

Melakukan promosi yang lebih gencar untuk Tindakan ESWL dan Gamma camera di RSUP Dr Sardjito untuk seluruh pasien baik pasien BPJS, IKS atau pasien umum.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan meningkatnya utilitas alat maka ROI (*Return On Investment*) akan meningkat, yang merupakan salah satu metode untuk mengukur keuntungan

suatu investasi. Semakin tinggi ROI, maka investasi tersebut akan semakin efisien. Pemeriksaan dengan menggunakan alat LINAC: Total cost tahun 2023 Rp52.158.453.562,00 sedangkan pendapatan klaim tahun 2023 Rp58.117.829.000,00, sehingga keuntungan mencapai Rp5.959.375.438,00, dengan ROI 5,07%, artinya surplus berbanding modal yang dikeluarkan sebesar 5,07%

Pemeriksaan dengan menggunakan alat MRI: Total cost tahun 2023 Rp14.407.859.801,00 sedangkan pendapatan klaim tahun 2023 Rp16.697.690.000,00, sehingga keuntungan mencapai Rp2.289.830.199,00 dengan ROI 4,3%.

Pemeriksaan dengan menggunakan alat MSCT: Total cost tahun 2023 Rp14.379.801.468,00 sedangkan pendapatan klaim tahun 2023 Rp19.351.338.600,00, sehingga keuntungan mencapai Rp4.971.537.132,00 dengan ROI 22,45%.

Pemeriksaan dengan menggunakan alat ESWL: Total cost tahun 2023 Rp770.256.354,00 sedangkan pendapatan klaim tahun 2023 Rp1.103.544.900,00, sehingga keuntungan mencapai Rp333.288.546,00 dengan ROI 5,58%.

27. Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

- a. Definisi Operasional Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
 - 1) Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.
 - 2) Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.
 - 3) Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
 - 4) Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - 5) RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.
 - 6) Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit

- 7) Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- 8) Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- 9) Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar}}{\text{jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.57. di bawah ini.

Tabel 3.57. Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	70%	70%	92,00%	131,43%
5.	2024	70%	70%		

Tabel 3.58. Realisasi Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	56	56	56	56	56	66	66	66	70	92	92	92

Dari Tabel 3.57. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Tahun 2023 sebesar 92% melebihi standar nasional dan diatas target yang ditetapkan 70%, dengan realisasi capaian 131,43% sesuai target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar Tahun 2023 sebesar 92% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 70%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 131,43% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Rumah sakit saat ini telah selesai membangun dan meresmikan gedung parkir motor dengan kapasitas 1500 motor, dan sedang membangun gedung parkir motor dengan kapasitas 1000 motor, selesai di bulan Desember 2023. Dengan selesainya pembangunan Gedung parkir motor, maka Gedung parkir mobil dapat digunakan kembali sesuai peruntukannya (untuk parkir mobil) sehingga bisa menambah kapasitas parkir mobil sebesar 105 mobil.

e. Kendala

- 1) Pertumbuhan jumlah kendaraan terus meningkat sesuai peningkatan kunjungan pasien.
- 2) Parkir motor dimampatkan tidak sesuai dengan Satuan Ruang Parkir
- 3) Gedung parkir jauh dari tempat layanan sehingga pasien/ keluarga pasien harus berjalan cukup jauh, sehingga mereka lebih suka parkir di sekitar layanan yang bukan tempat parkir.

f. Upaya solusi

- 1) Penataan ulang area parkir setelah seluruh Gedung Parkir Motor selesai.
- 2) Menambah frekuensi perputaran mobil shuttle internal di lingkungan rumah sakit untuk mengantar pasien/ keluarga pasien ke tempat layanan.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indikator ini memastikan ketersediaan fasilitas parkir pasien rawat jalan maupun rawat inap sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di rumah sakit agar efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien/ pelanggan. Pendapatan dari layanan parkir di rumah sakit selama tahun 2023 sebesar Rp4.360.314.000,00

28. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

a. Definisi Operasional Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Sarana adalah bangunan yang sebagian atau seluruhnya berada di atas tanah/perairan, ataupun di bawah tanah/perairan dan digunakan untuk penyelenggaraan atau penunjang pelayanan.

Prasarana adalah alat, jaringan, dan sistem yang membuat suatu Sarana dapat berfungsi.

Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh. (Permenkes 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan)

Kalibrasi adalah proses menentukan standar pengukuran agar akurat dan valid.

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$1. \text{ Persen pemenuhan} \\ \frac{\text{Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS}}{\text{Standar Acuan}} \times 100\%$$

$$2. \text{ Persen prasarana dan alat kesehatan} \\ \frac{\text{Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi}}{\text{Jumlah alat wajib kalibrasi}} \times 100\%$$

$$3. \text{ Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA} \\ \frac{\text{Persentase SPA} + \text{Persentase Kalibrasi}}{2}$$

Sumber data diambil dari data ASPAK dan data Kalibrasi

c. Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.59. di bawah ini.

Tabel 3.59. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	100,00%	105,26%
5.	2024	95%	95%		

Tabel 3.60. Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi(%)	98,38	100	100	100,42	100	100	100	100	100	100	100	100

Dari Tabel 3.59. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023 sebesar 100% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan 95%. Persentase realisasi capaian sebesar 105,26% sesuai target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023 sebesar 100% melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 105,26% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Dukungan manajemen rumah sakit berupa penyediaan alat untuk kalibrasi internal yang bisa dilakukan di rumah sakit sendiri oleh petugas kalibrasi yang sudah tersertifikasi. Serta dukungan dana untuk melakukan Kalibrasi eksternal yang dilakukan secara berkala oleh Balai pengujian fasilitas Kesehatan dan atau institusi pengujian fasilitas Kesehatan yang berwenang (LPFK, BPFK, dll).

e. Kendala

Pada saat alat Kesehatan terjadwal kalibrasi, alat tersebut dalam kondisi rusak berat sehingga harus diperbaiki lebih dahulu atau alat masih dipakai untuk pelayanan pasien.

f. Upaya solusi

Dilakukan penjadwalan ulang untuk alat yang masih dipakai untuk pelayanan, melakukan perbaikan alat Kesehatan yang rusak.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

RSUP Dr Sardjito telah memperoleh ijin operasional sebagai Institusi Pengujian Fasilitas Kesehatan (IPFK) dari Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes Nomor 14 Tahun 2021, bahwa modalitas SDM dan modalitas Area Fungsional dan Prasarana IPFK di RSUP Dr Sardjito memenuhi sesuai persyaratan, sehingga RSUP Dr Sardjito telah melakukan pengujian dan / atau Kalibrasi Alat Kesehatan secara internal sesuai Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/0727/2023 tanggal 10 Februari 2023 tentang Izin Operasional Institusi Pengujian Fasilitas Kesehatan RSUP Dr Sardjito Yogyakarta, berlaku untuk jangka waktu 5(lima) tahun. Berdasarkan Permenkes Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan, sertifikat untuk alat Kesehatan yang diuji dan atau dikalibrasi di rumah sakit diterbitkan oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan pengampunya (BPFK).

Dengan memberdayakan rumah sakit untuk membentuk unit lab kalibrasi secara mandiri dapat meningkatkan respon time kebutuhan pelayanan kalibrasi dimana sangat penting dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Efisiensi biaya pengujian dan kalibrasi internal pada 12 jenis alat (Baby incubator, tensimeter, centrifuge, elektrokardiografi, fetal doppler, infant warmer, operating lamp, foto therapy, suction pump, syringe pump, timbangan bayi, dental unit) dengan jumlah alat sebanyak 2053 di RSUP Dr Sardjito dengan perhitungan sebagai berikut: Akomodasi petugas kalibrasi Rp357.507.000,- ditambah tarif kalibrasi eksternal Rp385.776.000,-= Rp743.283.000,-. Dengan kalibrasi internal kita hanya mengeluarkan biaya untuk sertifikat sebesar Rp70.300.000,-, sehingga terjadi efisiensi sebesar 90,54% dengan nilai Rp672.983.000,-.

29. Indikator Integrasi *back office* dan *front office*

a. Definisi Operasional Indikator Integrasi *back office* dan *front office*

1) Pelaporan keuangan yang berasal dari pelayanan yang telah diinputkan di *front office* terintegrasi dengan *back office* dengan perincian sebagai berikut :

a) *Front office* terdiri dari satuan kerja yang memberi pelayanan langsung kepada pasien

- b) *Back office* terdiri dari satuan kerja yang memberi pelayanan tidak langsung kepada pasien
- 2) Dalam integrasi membutuhkan modul-modul sebagai berikut :
 - a) *Modul Front office* terdiri dari pelayanan dan penunjang.
Modul pelayanan berupa pelayanan rawat inap, rawat jalan, pelayanan gawat darurat. Modul Penunjang adalah laboratorium, radiologi, Patologi Anatami, Farmasi.
 - b) Modul *Back office* terdiri dari akuntansi keuangan (2023), pengadaan dan aset (2024).

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah realisasi modul front office yang bisa diakses oleh back office}}{\text{Jumlah modul front office yang bisa diakses oleh back office}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Integrasi *back office* dan *front office* Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.61. di bawah ini.

Tabel 3.61. Indikator Integrasi *back office* dan *front office*

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

Tabel 3.62. Realisasi Indikator Integrasi *back office* dan *front office* Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Dari Tabel 3.61. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Integrasi *back office* dan *front office* Tahun 2023 sebesar 100% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan. Realisasi capaian sebesar 100% sesuai target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Integrasi *back office* dan *front office* Tahun 2023 sebesar 100% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar

100%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.

- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Integrasi *back office* dan *front office* belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontraskan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Adanya RENSTRA yang sudah disusun oleh rumah sakit untuk pengembangan IT rumah sakit. Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Informasi Rumah Sakit No 82 Tahun 2013, bahwa rumah sakit harus memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit. Permenkes 24 tahun 2023 tentang Implementasi Rekam Medik Elektronik bahwa paling lambat 31 Desember 2023 rumah sakit harus menerapkan elektronik medical record. Komitmen pimpinan untuk pemenuhan sarana dan prasarana pendukung implementasi SIMRS terutama Sumber Daya Manusia, alokasi dana, regulasi.

Keberhasilan Implementasi pengembangan SIMRS salah satu faktornya karena adanya masterplan dan roadmap yang telah ada di Rumah Sakit, masterplan di *break down* menjadi RKT.



e. Kendala

- 1) Keluar masuknya tenaga SDM IT, kualitas data yang diinputkan dari satuan kerja belum optimal. Terdapat 3 SDM yang keluar pada tahun 2021, 2 orang keluar di tahun 2022, 1 orang yang keluar di tahun 2023. Alasan mereka keluar adalah masalah salary.
- 2) Data yang diinputkan dari satuan kerja misalkan satuan kerja Instalasi Farmasi terkait contohnya nomer batch yang diinputkan di Stok Opname atau di pengeluaran tidak dilakukan/tidak di entry/data yang dimasukkan salah.

- f. Upaya solusi
 - 1) Meningkatkan kesejahteraan dan status SDM IT agar tidak keluar masuk rumah sakit.
 - 2) Sosialisasi, edukasi dan pelatihan berkala kepada penginput data.
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
 Dengan adanya RME dan paperless film radiologi, maka penggunaan kertas dan film bisa ditekan sehingga lebih efisien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023. Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi.

30. Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

- a. Definisi Operasional Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital
 Sistem informasi surveillans adalah sistem yang dibangun oleh rumah sakit untuk pencatatan angka kejadian infeksi di rumah sakit dan terhubung dengan data pelayanan (SIMETRIS)
- b. Formula perhitungan sebagai berikut
 Jumlah sistem informasi surveilans berbasis digital yang terimplementasi di Rumah Sakit
- c. Realisasi indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.63. di bawah ini.

Tabel 3.63. Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

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

Tabel 3.64. Realisasi Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Dari Tabel 3.63. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital sebesar 1 sistem Tahun 2023 sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan, dengan realisasi capaian sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital sebesar 1 sistem Tahun 2023 sebesar 1 sistem sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 100%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Adanya RENSTRA yang sudah disusun oleh rumah sakit untuk pengembangan IT rumah sakit. Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Informasi Rumah Sakit No 82 Tahun 2013, bahwa rumah sakit harus memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit. Permenkes 24 tahun 2023 tentang Implementasi Rekam Medik Elektronik bahwa paling lambat 31 Desember 2023 rumah sakit harus menerapkan elektronik *medical record*. Komitmen pimpinan untuk pemenuhan sarana dan prasarana pendukung implementasi SIMRS terutama Sumber Daya Manusia, alokasi dana, regulasi.

e. Kendala

Verifikasi data surveilens belum optimal. Belum ada verifikasi data oleh penginput data surveillans, mestinya ada orang kedua yang melakukan verifikasi data oleh orang penginput data pertama.

- f. Upaya solusi
Penunjukan SDM khusus penginput data dan petugas verifikasi yang berbeda.
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi, tidak perlu menggunakan blanko manual untuk pencatatan surveilans rumah sakit, sehingga terjadi pengurangan jumlah penggunaan kertas. Efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2023 dibandingkan tahun 2022 sebagai berikut: Serapan tahun 2022 jumlah kertas HVS 5.041 rim dengan nilai Rp249.485.500,00. Serapan tahun 2023 jumlah kertas 1.651 rim dengan nilai Rp79.918.250,00. Terjadi efisiensi sebesar 68% dengan nilai Rp 169.567.250,00.

31. Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

- a. Definisi Operasional Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.
Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
Rekam medis elektronik yang selanjutnya disingkat dengan RME, adalah rekam medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital. Unit yang wajib mengimplementasikan RME yaitu pendaftaran, gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehabilitasi medik) dan farmasi.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah unit kerja yang mengimplementasikan RME}}{\text{Jumlah unit kerja yang wajib mengimplementasikan RME}} \times 100\%$$
- c. Realisasi indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang

(laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.65. di bawah ini.

Tabel 3.65. Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

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

Tabel 3.66. Realisasi Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dari Tabel 3.65. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023 sebesar 100% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan, dengan realisasi capaian sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023 sebesar 100% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 100%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Adanya RENSTRA yang sudah disusun oleh rumah sakit untuk pengembangan IT rumah sakit. Kebijakan Penyelenggaraan Sistem Informasi Rumah Sakit No 82 Tahun 2013, bahwa rumah sakit harus memiliki Sistem Informasi Manajemen Rumah sakit. Permenkes 24 tahun 2023 tentang Implementasi Rekam Medik Elektronik bahwa paling lambat 31 Desember 2023 rumah sakit harus menerapkan elektronik medical record. Komitmen pimpinan untuk pemenuhan sarana dan prasarana pendukung implementasi SIMRS terutama Sumber Daya Manusia, alokasi dana, regulasi.

Bukti nyata implementasi sistem ini dengan terpenuhinya jumlah SDM IT dan terpenuhinya usulan pengadaan untuk kebutuhan infrastruktur untuk kebutuhan EMR dan pengadaan alat pengolah data setiap tahunnya. Jumlah tenaga IT tersedia saat ini ada 67 pegawai.

e. Kendala

Banyaknya form khusus disetiap pelayanan yang memerlukan sistem tersendiri. Kualitas data yang diinputkan dari satuan kerja belum optimal.

Banyak data yang kosong dan hanya copy paste (contoh Resume Meds dokter diawah ini:

Tgl. Registrasi	: 18-01-2024 16:39:34	IM1 sebelum dirawat : 25.97 kg/m ²
Tgl. Pulang	: 19-01-2024 07:37:00	IMT sesudah dirawat : 25.97 kg/m ² *
Alergi	:	
Alasan Dirawat	: CA MAMAE DEXTRA T4BN1M1 (BONE), LUMINAL-B, HER2 NEGATIF, POST KEMOTERAPI, POST MRM PRO SRT V	
Keluhan Utama	: CA MAMAE DEXTRA T4BN1M1 (BONE), LUMINAL-B, HER2 NEGATIF, POST KEMOTERAPI, POST MRM PRO SRT V	
Riwayat Penyakit	: CA MAMAE DEXTRA T4BN1M1 (BONE), LUMINAL-B, HER2 NEGATIF, POST KEMOTERAPI, POST MRM PRO SRT V	
Pemeriksaan Fisik	: Pemeriksaan Awal : Berat badan : 60.00 kg , Tinggi badan : 152 cm , IMT : 25.97 kg/m ² (gemuk) , Tekanan darah : Sistole: mmHg , Suhu tubuh : 36°C , Denyut nadi : 113 kali/menit , Nafas : 20 kali/menit , SPO2 : 97%	

f. Upaya solusi

Evaluasi implementasi RME yang melibatkan satuan kerja dan pengguna RME. Refresing berkala bagi pengguna RME untuk pengisian RME.

Evaluasi RME dilakukan setiap ada implmmeetasi modul baru setelah dilakukan implementasi biasanya dilakukan evaluasi secara internal dengan melibatkan TIM RME dan satuan kerja atau pengguna terkait.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan adanya RME dan paperless film radiologi, maka penggunaan kertas dan film bisa ditekan sehingga lebih efisien. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023. Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga akan memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi, efisiensi waktu. Dengan adanya sistem maka proses validasi bisa dilakukan, misalkan restriksi obat, informasi tagihan yang over dari jumlah klaim yang ditagihkan sehingga bisa mengingatkan dokter untuk menekan pemeriksaan penunjang. Penguncian pemeriksaan penunjang misal di IGD: tidak semua pemeriksaan penunjang bisa dipilih.

32. Indikator Maturitas BLU

a. Definisi Operasional Indikator Maturitas BLU

- 1) Tingkat maturitas BLU merupakan tingkat kedewasaan/kematangan manajemen dalam mengelola BLU untuk mencapai tujuan dan menyelenggarakan tata kelola yang baik pada BLU.
- 2) *BLU Maturity Rating Assessment and Tools Evaluation* disusun berdasarkan kerangka maturitas yang terdiri atas lima level utama. Masing-masing level memiliki basis kriteria yang berlaku secara universal untuk seluruh aspek penilaian dan indikator. Aspek penilaian dan indikator maturitas selanjutnya diukur berdasarkan dua pendekatan utama, yaitu pengukuran berbasis hasil (*result-based*) dan pengukuran berbasis proses (*process based*).
- 3) Adapun aspek penilaian beserta dengan indikator yang digunakan untuk masing-masing metode pengukuran adalah sebagai berikut:

a) *Result Based*

i. Keuangan (bobot 20%)

Aspek keuangan menilai tingkat kesehatan keuangan dan tren perkembangan dan kinerja keuangan BLU, yang diukur berdasarkan indikator:

- Likuiditas
- Efisiensi
- Efektivitas
- Tingkat Kemandirian

ii. Pelayanan (bobot 25%)

Aspek layanan menilai kualitas penyediaan layanan kepada masyarakat dan tren perkembangan kualitas layanan BLU, yang diukur berdasarkan indikator:

- Indeks Kepuasan Masyarakat
- Efisiensi Waktu Pelayanan
- Sistem Pengaduan Layanan
- Tingkat Kesuksesan Pemenuhan layanan

b) *Process Based (Enabler)*

i. Kapabilitas Internal (bobot 20%)

Aspek kapabilitas Internal menunjukkan keunggulan kompetitif serta tolak ukur stabilitas BLU, yang diukur berdasarkan indikator:

- Sumber Daya Manusia
- Proses Bisnis
- Teknologi
- *Customer Focus*

ii. Tata Kelola dan Kepemimpinan (bobot 20%)

Aspek tatakelola dan *leadership* memastikan efektivitas manajemen BLU secara keseluruhan, yang diukur berdasarkan indikator:

- *Stakeholder's Relationship*
- *Etika Bisnis*
- *Manajemen Risiko*
- *Pengawasan dan Pengendalian*

iii. Inovasi (bobot 10%)

Aspek inovasi menunjukan kemampuan BLU dalam menghasilkan layanan atau produk yang inovatif, yang diukur berdasarkan indikator:

- Keterlibatan Pengguna Layanan
- Proses Inovasi
- *Change management*
- *Knowledge Management*

iv. Lingkungan (bobot 5%)

Aspek lingkungan menunjukkan kemampuan BLU dalam melaporkan tanggung jawab terhadap lingkungan, yang diukur berdasarkan indikator:

- *Environmental Footprint Management*

- Penggunaan Sumber Daya

4) Setiap indikator dinilai dengan kriteria sebagai berikut :

- Level 1 = *Initial or ad-hoc*
- Level 2 = *Managed*
- Level 3 = *Defined*
- Level 4 = *Predictable*
- Level 5 = *Optimizing*

5) Maturitas aspek diperoleh dari rata-rata nilai indikator, maturitas BLU diperoleh dari penjumlahan maturitas aspek dikali bobot.

6) Nilai maturitas BLU yang dilaporkan pada tahun berjalan merupakan hasil dari penilaian maturitas BLU tahun sebelumnya.

b. Formula perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned} & (\text{Aspek Keuangan} \times 20\%) + (\text{Aspek Pelayanan} \times 25\%) + \\ & (\text{Aspek Kapabilitas Internal} \times 20\%) + \\ & (\text{Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan} \times 20\%) \\ & + (\text{Aspek Inovasi} \times 10\%) + (\text{Aspek Lingkungan} \times 5\%) \end{aligned}$$

c. Realisasi indikator Maturitas BLU Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.67. di bawah ini.

Tabel 3.67. Indikator Maturitas BLU

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023		3,65	4,05	110,96%
5.	2024		3,80		

Tabel 3.68. Realisasi Indikator Maturitas BLU Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des
Realisasi	Belum dilakukan penilaian			4,15 (Hasil self assessment)			4,15 (Hasil self assessment)			4,05 (Nilai hasil verifikasi Dit. PPK BLU)		

Dari Tabel 3.67. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Maturitas BLU Tahun 2023 sebesar 4,05 diatas target yang ditetapkan sebesar 3,65, dengan realisasi capaian sebesar 110,96% dari target yang ditetapkan. Capaian tersebut adalah nilai

Maturitas BLU Tahun 2022 yang dinilai pada tahun 2023 sesuai hasil verifikasi dari Dit. PPK BLU.

- 2) Realisasi indikator Maturitas BLU Tahun 2023 sebesar 4,05 sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 3,80. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 106,58% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Maturitas BLU belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

1. Keberhasilan Aspek inovasi: sudah dilakukan pembenahan pedoman alur kerja Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/XI.2/269/2023 tentang Program Inovasi di RSUP Dr Sardjito, serta berjalannya pemantauan proses inovasi di RSUP Dr Sardjito
2. Diterapkannya dashboard pemantauan capaian indikator maturitas BLU antara lain dashboard manajemen risiko, pemantau TL-LHP, penggunaan air, pengukuran waktu penyelesaian keluhan pasien, dll.

e. Kendala

1. Ada penurunan indikator likuiditas karena di tahun 2022 terdapat investasi yang masuk ke dalam instrument keuangan lainnya
2. Belum tersedianya laporan kegiatan terkait masukan pengguna layanan dalam setiap tahapan pengembangan layanan inovasi
3. Belum dilakukan monitoring evaluasi terkait keterlibatan pengguna layanan dalam pengembangan inovasi
4. Manajemen perubahan: belum dilakukan monitoring evaluasi atas pelaksanaan program kerja perubahan untuk mengetahui kinerja *Agent Of Change*
5. Indikator penggunaan sumber daya: pemantauan proses efisiensi penggunaan sumber daya belum didukung oleh sistem IT yang memadai (penggunaan listrik).

f. Upaya solusi

1. RSUP Dr Sardjito melakukan manajemen kas yang baik dengan cara mengalihkan instrument keuangan menjadi investasi peralatan dan mesin yang menunjang layanan.

2. Mendokumentasikan dan menyusun laporan kegiatan pengembangan layanan inovasi yang melibatkan pengguna layanan.
3. Melakukan monitoring evaluasi terkait keterlibatan pengguna layanan dalam pengembangan inovasi.
4. Melakukan internalisasi program kerja AOC serta monitoring evaluasi atas pelaksanaan program kerja perubahan untuk mengetahui kinerja *Agent Of Change*.
5. Melakukan pemisahan pengukuran listrik untuk kebutuhan layanan dan administrasi, dan mengukur efisiensi kebutuhan listrik di ruang administrasi.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dokumen maturitas BLU dikumpulkan secara *paperless* melalui aplikasi BIOS sehingga efisien dalam penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi.

Efisiensi air dilakukan dengan cara memanfaatkan kembali air limbah terolah (hasil pengolahan air limbah). Pemanfaatan air bekas antara lain untuk: pencucian kereta limbah, pembilasan lantai TPS, pengelolaan lumpur IPAL, kolam ikan, hidroponik dan siram tanaman. Berikut data pemanfaatan air limbah terolah: Total air bekas yang dimanfaatkan : 39.326 M³ atau rata-rata: 3.575,1 M³ perbulan. Dengan harga Rp.13.000,- Per M³, maka efisiensi biaya penggunaan air sebesar Rp. 511.235.920,- atau Rp 46.475.993,- perbulan.

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. Berikut data reuse plastik hitam Januari-November tahun 2023: dari 144.929 lembar plastik hitam yang digunakan setelah dilakukan pemilahan masih terdapat 37.764 lembar atau 3.433 lembar per bulan yang dapat digunakan kembali (26,00 %). Dengan harga Rp. 2.140,- /lembar maka efisiensi yang di dapat hingga November 2023 adalah Rp. 80.814.960,- /Tahun, atau 7.346.815,- /bulan atau Rp. 243.418,- per hari.

Limbah domestik yang dihasilkan rumah sakit mempunyai potensi untuk dilakukan daur ulang. Saat ini telah dilakukan upaya pemilahan limbah domestik dari unit penimbul hingga tempat pembuangan sementara (TPS). Limbah domestik yang dikelola melalui program 3R

meliputi daur ulang bank sampah untuk limbah organik serta daur ulang limbah organik menjadi produk kompos, pupuk organik cair, *ecoenzym* dan magot. Sebagian limbah organik juga dimanfaatkan sebagai pakan ternak penduduk sekitar sebagai bentuk CSR rumah sakit. Secara keseluruhan data efisiensi dari pengelolaan limbah domestik: total timbulan limbah domestik bulan Januari-November 2023 sebesar 4.425,7.M³ dan limbah yang didaur ulang dengan metode 3R sebesar 1.698,7 M³. Biaya retribusi limbah domestik sedikit berbeda, yaitu dihitung berdasarkan tarif retribusi sebesar Rp. 1.201.700,- per satu kontainer ditambah tarif tambahan Rp. 264.200,- per satu kali angkut. Sehingga di tahun 2023 biaya retribusi pengelolaan limbah domestik Rp. 52.840,- per M³ . Dengan demikian didapatkan biaya efisiensi pengelolaan limbah domestik sebesar Rp. 89.758.734,- / tahun Atau Rp. 8.159.885,- / bulan.

Limbah Organik dari Instalasi gizi dan taman RS dikelola menjadi beberapa produk olahan, yaitu kompos, Pupuk organik cair (POC), *ecoenzym*, dan magot. Produk olahan limbah organik ini dimanfaatkan untuk pemupukan area taman RS. Nilai ekonomi yang didapatkan dari daur ulang limbah organik selama Januari-November tahun 2023 sebesar Rp. 9.763.675,- atau Rp. 887.606,- /bulan.

Limbah padat infeksius yang bisa didaur ulang yaitu plabot infus dan jerigen HD, selama Januari – November tahun 2023 telah dilakukan daur ulang limbah padat medis infeksius. Biaya pengelolaan limbah infeksius Januari – November tahun 2023 seharusnya adalah Rp. 2.594.294.594,- Dengan adanya daur ulang menjadi Rp. 2.2311.400.194,-. Efisiensi selama Januari – November tahun 2023 sebesar Rp. 362.894.400 atau rata rata 32.990.400,-/ bulan.

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,- . Pemenuhan kebutuhan air minum rumah sakit dengan menggunakan air Tirta Sardjito telah menghemat biaya pengeluaran rumah sakit sebesar

Rp. 121.348.500,- per tahun atau 76,05% jika dibandingkan apabila rumah sakit menggunakan air minum produk komersial.

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 Januari - November tahun 2023 adalah sebesar Rp. 125.049.600,- dengan perhitungan menggunakan tarif PDAM yaitu Rp. 13.000,-

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. Efisiensi pemanfaatan air backwash WTP I, WTP II dan WTP PJT selama Januari – November tahun 2023 adalah sebesar Rp. 129.558.000,- dengan perhitungan menggunakan tarif PDAM yaitu Rp. 13.000,-

33. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO)

- a. Definisi operasional indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) 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 biaya pegawai dan biaya barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU. **Tidak termasuk biaya penyusutan.**

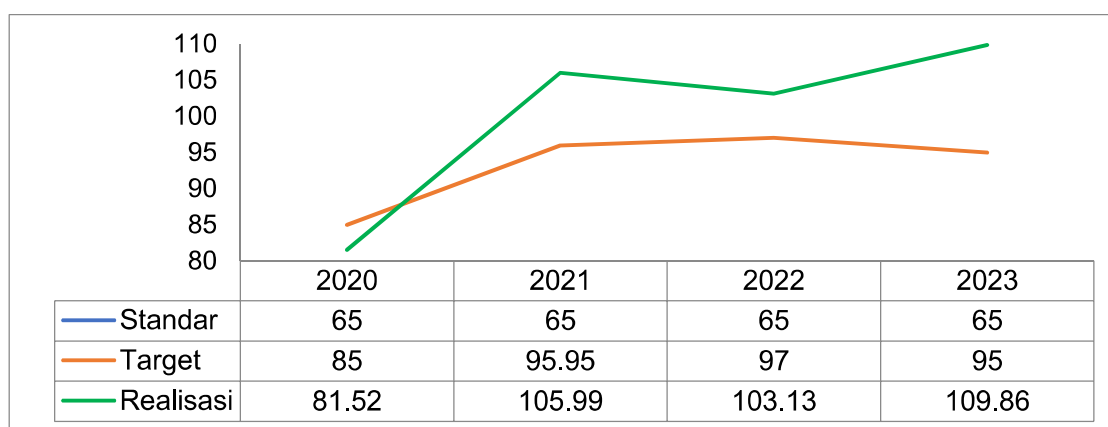
- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

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

- c. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya opsional (POBO) Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.69. dibawah ini.

Tabel 3.69. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya opsional (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		95%	109,86%	115.64%
5.	2024		95%		



Gambar 3.5. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya opsional (POBO) Tahun 2020-2023

Tabel 3.70. Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya opsional (POBO) Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	112,34	102,39	113,14	104,29	108,62	105,44	106,17	106,99	107,17	108,63	111,21	109,86

Dari Tabel 3.69. terlihat bahwa :

- 4) Realisasi Indikator *Rasio* Pendapatan PNBPN terhadap biaya opsional (POBO) Tahun 2023 sebesar 109,86% lebih besar dibanding target

sebesar 95% dengan persentase capaian sebesar 115,64% dari target yang ditetapkan.

- 5) Realisasi indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2023 sebesar 109,86% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 115,64% dari target jangka menengah.
- 6) Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2023 lebih besar dibanding realisasi Tahun 2021 dan Tahun 2022.
- 7) Realisasi Indikator Rasio Pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) Tahun 2023 lebih besar dibanding target Tahun 2023 dan Tahun 2024.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan

- 1) Adanya peningkatan layanan dan tren kunjungan pasien karena promosi sudah meningkat
- 2) Perbaikan mutu layanan dan peningkatan sarana prasarana rumah sakit
- 3) Efisiensi beban/belanja
- 4) Optimalisasi pelayanan dan pengembangan produk layanan
- 5) Kenaikan persentase Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) klaim BPJS diatas 95% dari pengajuan

e. Kendala

Perhitungan POBO berdasarkan laporan keuangan yang disusun secara manual belum berdasarkan laporan keuangan dari aplikasi SAKTI, karena pengakuan pendapatan di SAKTI harus menunggu terbitnya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) dari BPJS, sehingga tidak menggambarkan kinerja pelayanan yang sesungguhnya pada periode yang bersangkutan.

f. Upaya Solusi

Mengoptimalkan koordinasi dengan Kementerian Keuangan RI untuk proses interkoneksi modul laporan keuangan
Mendorong kerjasama untuk proses klaim BPJS secara real time, dan percepatan terbitnya BAHV.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan adanya bridging proses klaim BPJS dapat mengurangi pemakaian penggunaan kertas. Biaya cetakan di Instalasi Catatan Medik dari rata-rata Rp 1,48 M di tahun 2018-2021, menurun menjadi rata-rata Rp 193 juta pada tahun 2022 dan 2023.

34. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

a. Definisi Operasional Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Laporan keuangan Kementerian Lembaga di audit oleh auditor eksternal dalam hal ini BPK setiap tahun, dalam setiap pemeriksaan terbitlah rekomendasi.

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti}}{\text{Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.71. dibawah ini.

Tabel 3.71. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	92,5 %	92,5 %	97,37%	105,26%
5.	2024	92,5 %	95,00%		

Tabel 3.72. Realisasi Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	99,30			99,30			97,37			97,37		

Dari Tabel 3.72. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 sebesar 97,37% melebihi standar nasional dan diatas target yang ditetapkan. Realisasi capaian sebesar 105,26% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 sebesar 97,37% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 102,49% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Tingginya realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti disebabkan karena adanya peningkatan frekuensi monitoring tindak lanjut melibatkan seluruh stakeholder baik manajemen rumah sakit, dewan pengawas, maupun SPI.

e. Kendala

Masih terdapat rekomendasi yang sampai dengan akhir tahun 2023 belum dapat diselesaikan karena melibatkan pihak ketiga, dalam hal ini FKMK UGM.

f. Upaya solusi

Terus melakukan koordinasi dan penagihan tindak lanjut ke FKMK UGM

35. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
Pendapatan BLU adalah arus kas masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Metode pencatatan cash basis.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut
- $$\frac{\text{Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan}} \times 100\%$$
- c. Realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.73. dibawah ini.

Tabel 3.73. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	109,09%	114,83%
5.	2024	95%	95%		

Tabel 3.74. Realisasi Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi (%)	8,3	16,2	24,19	32,17	40	49,2	58,02	67,35	77,1	87,14	97,91	109,09

Dari Tabel 3.73. dapat dijelaskan bahwa :

- 4) Realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Pada Tahun 2023 sebesar 109,09% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan yaitu sebesar 95%. Realisasi capaian sebesar 114,83% dari target yang ditetapkan.
- 5) Realisasi indikator Persentase realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 sebesar 109,09% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 114,83% dari target jangka menengah.

- 6) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- d. Analisis Penyebab Keberhasilan :
- 1) Peningkatan jumlah kunjungan pasien
 - 2) Peningkatan pendapatan pelatihan eksternal
 - 3) Peningkatan pendapatan bunga penempatan dana dalam bentuk deposito
 - 4) Kenaikan persentase Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) klaim BPJS diatas 95% dari pengajuan
- e. Kendala
- 1) Secara garis besar untuk ranap adalah terkait pasien titipan di VIP yang diberi batasan 3 hari tetapi kenyataannya ruang yang tersedia sesuai hak selalu penuh, sehingga secara kunjungan VIP naik, tetapi penerimaan tidak naik.
 - 2) RS tidak boleh menolak kunjungan pelayanan pasien dan tidak diperkenankannya pasien BPJS dilakukan pembatasan/pemotongan suatu pelayanan/pemeriksaan/pemberian obat yang sesuai indikasi medis karena semata-mata RSS tidak rugi. Kunjungan pasien rajal rata/rata perbulan sd 38 sd 40 ribu.
 - 3) Belum ada aturan resmi terkait pembatasan pasien titipan, kecuali yang menggunakan fasilitas karyawan dan keterbatasan ruang rawat non VIP
 - 4) Adanya kebijakan nasional JKN (PMK) yang menyatakan bahwa jika klaim lebih tinggi dari tarif RS, maka pasien tidak dikenakan tambahan biaya, tetapi jika tarif RS lebih tinggi maka pasien dikenakan tarif tambahan
 - 5) Untuk rajal klaim BPJS (Rp. 377.100) rata2 lebih rendah dari rata2 UC (Rp. 500.000).
 - 6) Belum terkelolanya pasien asuransi dan mitra kerjasama dengan baik dan optimal.
- f. Upaya solusi
- 1) Untuk ranap BPJS, sudah diusulkan kepada tim tarif agar dilakukan penambahan tarif penyesuaian apabila pasien naik kelas VIP

khususnya yang nilai klaim dibanding Tarif yang berbasis Unit Cost lebih tinggi sehingga untuk pasien yang naik kelas ke VIP pasti akan membayar

- 2) Pengendalian pasien titipan dengan syarat-syarat tertentu Koordinasi bersama untuk menaikkan pasien IKS dengan perbaikan mulai registrasi, pelayanan sd penyelesaian administrasi keuangan.
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
 - 1) Penyederhanaan alur pasien asuransi dan Kerjasama
 - 2) Pembayaran dengan fasilitas *payment gateway*

36. Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni adalah realisasi belanja yang telah direncanakan untuk setiap kegiatan yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara atau Rupiah Murni.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.75. dibawah ini.

Tabel 3.75. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	97%	97%	98,44%	101,48%
5.	2024	97%	97%		

Tabel 3.76. Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi	6,53	13,09	19,59	31,77	38,1	50,27	58,30	66,53	74,94	84,72	89,52	98,44

Dari Tabel 3.75. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 sebesar 98,44% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan yaitu 97%. Realisasi capaian sebesar 101,48% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 sebesar 98,44% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 97%. Realisasi tahun 2023 sudah mencapai 101,48% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- 4) Secara keseluruhan Belanja Rupiah Murni mengalami penurunan dari 99,35% di tahun 2022 menjadi 98,44% pada tahun 2023, yang memberikan kontribusi penurunan adalah belanja Pegawai dan belanja Barang. Penurunan Belanja Pegawai dari 99,44% menjadi 98,45% dan penurunan Belanja Barang dari 98,28% menjadi 97,4%.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Monitoring dan evaluasi penyerapan anggaran Rupiah Murni oleh KPPN dan Kanwil DJPB DIY secara berkala.
- 2) Percepatan pembelanjaan Sumber dana Rupiah Murni yang secara rutinitas dilakukan oleh Bendahara pengeluaran rumah sakit. Pelaksanaan kegiatan sudah sesuai dengan yang direncanakan.

e. Kendala

Likuidasi antara RSUP Dr Sardjito dengan UPF Tawamangu yang belum ada petunjuk teknis pelaksanaannya, sehingga menghambat proses pertanggung jawaban.

f. Upaya solusi

- 1) Pembuatan Berita Acara kesepakatan antara RSUP Dr Sardjito dengan Balai Besar Penelitian Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional Tawangmangu tentang pelaksanaan integrasi pelayanan Kesehatan.

2) Perubahan tata Kelola pertanggungjawaban penggunaan dana rupiah murni sesuai dengan aturan yang berlaku di RSUP Dr Sardjito, sehingga proses pengadaan barang dan jasa sudah melalui proses pengadaan barang dan jasa di RSUP Dr Sardjito.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Laporan pengajuan, pencairan dan pertanggung jawaban menggunakan aplikasi, sehingga mengurangi penggunaan kertas (aplikasi SAKTI, OMSPAN, SPRINT, Web Gaji, DJP Online, CMS, Portal KPPN Jogja). Rencana pada tahun 2024 akan membuat : Data dukung tagihan PBJ dengan aplikasi, Tagihan PBJ akan dibayarkan 2 hari setelah BJ diterima.

37. Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

a. Definisi Operasional Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU adalah realisasi belanja yang telah direncanakan untuk setiap kegiatan yang bersumber dari Pendapatan Negara Bukan Pajak Badan Layanan Umum.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}{\text{total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.77. dibawah ini.

Tabel 3.77. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	95%	100%
5.	2024	95%	95%		

Tabel 3.78. Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi	4,42	8,91	14,43	21,29	27,76	35,95	44,50	53,09	62,59	74,71	83,52	95

Dari Tabel 3.77. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 sebesar 95% sesuai standar nasional dan diatas target yang ditetapkan, dengan realisasi capaian sebesar 100% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 sebesar 95% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realiasi tahun 2023 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Pertemuan rutin dengan seluruh penyedia setiap semester pada bulan Maret dan Oktober secara daring untuk mempercepat proses tagihan.
- 2) Berkomunikasi secara aktif via WA dan telp dengan penyedia yang BAST nya sudah jadi tetapi belum melakukan proses penagihan.
- 3) Perbaikan alur proses penagihan, SOP sudah ada, pada awalnya Tim kerja pelaksanaan keuangan melakukan verifikasi ulang dari hasil verifikasi Tim Kerja Akuntansi dan BMN, saat ini Tim kerja pelaksanaan keuangan hanya melakukan validasi nomor rekening, jumlah nominal dan pajak.

e. Kendala

- 1) Keterlambatan dalam proses pembayaran kegiatan-kegiatan operasional
- 2) Keterlambatan dalam penerbitan Surat Persetujuan Anggaran.

f. Upaya solusi

- 1) Melakukan sosialisasi kepada satker UPF Tawangmangu tentang Tata Kelola keuangan dan pengadaan barang jasa dengan sumber dana PNBPN BLU.
- 2) Percepatan pelaksanaan kegiatan baik pengadaan, pembayaran dan pengesahan khususnya untuk belanja modal.
- 3) Supervisi dan pendampingan petugas pelaksana pembuatan SP Anggaran di RSUP Dr Sardjito.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pengurangan jumlah copy berkas tagihan dari penyedia akan terjadi efisiensi terhadap jumlah arsip keuangan yang masuk ke rumah sakit, sehingga kita bisa melakukan efisiensi tempat penyimpanan.

38. Indikator Persentase nilai EBITDA Margin

a. Definisi Operasional Indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi.

EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan pendapatan rumah sakit

EBITDA margin adalah perbandingan antara *EBITDA* dengan Pendapatan usaha/ pelayanan yang terkait core bisnis rumah sakit.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan pelayanan}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Persentase nilai *EBITDA* Margin Tahun 2020-2023 sesuai Tabel 3.79. dibawah ini.

Tabel 3.79. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	
				Nilai	Persentase
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	> 20% (Tipe Organisasi 1)	20%	15,43%	77,15%
5.	2024	> 20% (Tipe Organisasi 1)	20%		

Tabel 3.80. Realisasi Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2023 per bulan

Bulan	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agts	Sept	Okt	Nov	Des
Realisasi	24,9	17,1	13,8	-4,9	27,9	4,8	14,63	14,89	14,63	15,64	17,24	15,43

Dari Tabel 3.79. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2023 sebesar 15,43% kurang dari standar nasional dan target yang ditetapkan yaitu 20%, dengan realisasi capaian sebesar 77,15% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin belum mencapai target disebabkan karena belum maksimalnya efisiensinya biaya yang dikeluarkan untuk mencapai pendapatan pada titik tertentu, terutama adalah untuk beban farmasi Analisanya adalah sebagai berikut: Apabila pendapatan Rumah Sakit sebesar Rp.1.243.365.404.324 dengan beban operasional sebesar Rp1.214.047.200.859 maka Ebitda Margin yang dihasilkan adalah sebesar 15,43%. Sedangkan untuk mencapai EBITDA margin diatas 20% dengan asumsi pendapatan yang diperoleh sama maka setidaknya harus dapat menekan beban operasional secara keseluruhan menjadi Rp 1.156.501.093.923.

Dalam tabel dibawah ini mengilustrasikan bahwa beban persediaan terutama adalah persediaan farmasi melebihi standar yang ditetapkan yaitu 20% dengan realisasi tahun 2023 mencapai 28%. Dengan asumsi beban lain tetap, maka beban farmasi setidaknya harus dapat ditekan setidaknya menjadi sebesar 23% untuk mencapai EBITDA margin sebesar 20%. Meskipun 23% masih diatas standarnya sebesar 20%. Apabila tidak dapat mengurangi beban farmasi sampai dengan 23%

maka beban-beban yang lain yang harus ditekan misalnya beban barang dan pemeliharaan.

Uraian	Realisasi	Prosentase	Capaian Ebitda 20%	Prosentase	Standar
Pendapatan	1.243.365.404.324	100%	1.243.365.404.324	100%	100%
Beban:	1.214.047.200.859	98%	1.156.501.093.923	93%	93%
Beban pegawai	471.631.843.184	38%	471.631.843.184	38%	40%
Beban Persediaan	401.332.014.857	32%	343.785.907.921	28%	25%
a. Beban Farmasi	348.493.611.548	28%	290.947.504.612	23%	20%
b. Beban Non Farmasi	52.838.403.309	4%	52.838.403.309	4%	5%
Beban Administrasi & Umum	178.530.827.528	14%	178.530.827.528	14%	15%
a. Beban Barang dan Jasa	108.924.234.948	9%	108.924.234.948	9%	9%
b. Beban Pemeliharaan	67.392.054.446	5%	67.392.054.446	5%	5%
c. Beban Perjalanan Dinas	1.950.488.700	0%	1.950.488.700	0%	1%
d. Beban Penyisihan Piutang T	264.049.434	0%	264.049.434	0%	0%
Beban Penyusutan dan Amort	162.552.515.290	13%	162.552.515.290	13%	13%
Surplus Defisit	29.318.203.465		86.864.310.402		
EBITDA	191.870.718.755		249.416.825.692		
EBITDA margin ¹	15,43%		20,06%		

- 3) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2023 sebesar 15,43% masih dibawah target jangka menengah tahun 2024 sebesar 20%. Dimana realiasi tahun 2023 baru sebesar 15,43% dari target jangka menengah.
 - 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase nilai EBITDA Margin belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- d. Analisis Penyebab tidak tercapainya target indikator:
- Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2023 belum mencapai target. Beberapa kendala yang mempengaruhi adalah:
- 1) Rasio Beban persediaan terhadap pendapatan terutama beban farmasi masih cukup tinggi. Hal ini dapat dilihat dari rasio beban persediaan yang masih diatas 25%, yaitu sebesar 28%.
 - 2) Tarif layanan BPJS belum bisa mengcover biaya pelayanan.
Hal ini dapat dilihat dari coverage klaim INA CBGs dengan total tarif tindakan hanya sebesar 81% yaitu dari tariff total sebesar Rp1.182.284.203.705 hanya menghasilkan pendapatan sebesar Rp953.181.584.300. Jika Tarif diasumsikan sudah termasuk margin sebesar 10% maka biaya pelayanan RS adalah sebesar Rp1.074.803.821.550 dimana hal tersebut baru mengcover sebesar 89% dari biaya yang dikeluarkan Rumah Sakit. Berdasarkan hal

tersebut maka dapat disimpulkan bahwa seluruh biaya pelayanan Rumah Sakit belum dapat tercover oleh BPJS

e. Upaya Solusi dalam dalam mencapai target

Seluruh upaya yang dilakukan oleh RSUP Dr. Sardjito ditujukan untuk memperbaiki Persentase nilai EBITDA Margin, baik upaya meningkatkan layanan maupun melakukan efisiensi di berbagai bidang. Beberapa hal yang telah dilakukan adalah:

- 1) Adanya peningkatan layanan dan tren kunjungan pasien karena promosi sudah mulai meningkat
- 2) Perbaikan mutu layanan dan peningkatan sarana prasarana rumah sakit
- 3) Efisiensi beban/belanja
- 4) Optimalisasi pelayanan dan pengembangan produk layanan
- 5) Kenaikan persentase Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) klaim BPJS diatas 95% dari pengajuan.

Selain hal tersebut, manajemen juga melakukan:

- 1) Melakukan langkah pengendalian Beban Farmasi dengan lebih ketat terutama pemakaian bahan Farmasi (Obat-obatan, BMHP & AMPH) sesuai formularium dan CP, monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap PPK & CP dan membuat sistem IT monitoring obat ED
- 2) Mengusulkan kenaikan tarif layanan BPJS melalui Kementerian Kesehatan
- 3) Meningkatkan layanan Non BPJS dan *privilege*.

f. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan adanya indikator persentase nilai EBITDA Margin, manajemen berusaha meningkatkan capaian indikator tersebut dengan melakukan program pengendalian obat yang sudah dilakukan pada tahun 2023 antara lain berupa:

- 1) *Sildenafil Citrate tab* 20 mg: Klaim BPJS 7:23; Biaya RS per pasien Rp 802.368. Rata2 penggunaan Revatio per bulan 16.250 tab = Rp 585 jt. Kebutuhan 1 tahun = 176.220 tab = Rp 6,344 M. Dengan menggunakan Revatio dan program rujuk balik ke PPK 2 (kontrol tiap 3 bulan), terjadi penurunan biaya pembelian revatio sd 50% = Rp 3.171.960.000
- 2) *Sevoflurane sol*: Tidak diklaim terpisah, rata-rata pemakaian per bulan : 180 botol = Rp 163jt. Kebutuhan 1 tahun = Rp 1,842 M, dengan memprioritaskan penggunaan isoflurane sesuai indikasi, target

perbaikan adalah Persentase pemakaian isoflurane : sevoflurane naik (40:60). Pada tahun 2023 Sudah diimplementasikan tetapi belum tercapai sesuai target dari 7 % dalam satu tahun menjadi 14 % dengan target 40 %.

- a) Kontras: Tidak diklaim terpisah, kebutuhan 1 tahun Rp 8,1 M. Dilakukan rasionalisasi pemilihan produk dan penyederhanaan merk, efisiensi pemakaian menjadi = Rp 7,4 M
- b) IVIG: Bagian dari klaim paket INA CBG, kebutuhan 1 tahun Rp 718 jt, dengan melakukan Prioritasi penggunaan IVIG , Pemilihan produk yang efisien dan Bantuan Kemenkes, terjadi efisiensi menjadi Rp 477 jt

Pengendalian AMHP Perbekalan farmasi antara lain:

- a) Sarung tangan non steril: Bagian dari INA CBG, rata-rata pemakaian per bulan = Rp 580.009.648, kebutuhan 1 tahun = Rp 6.671M. Dilakukan rasionalisasi dengan cara Koordinasi PPI-Yanwat-IF-Penunjang tentang Kebijakan penggunaan sarung tangan di unit minimal care, moderate care, total care/intensive, terjadi efisiensi menjadi = Rp 3.297.597.600
- b) Masker Bedah: Bagian dari INA CBG, rata-rata pemakaian per bulan = Rp 97.074.103, kebutuhan 1 tahun = Rp 1.124.895.000. Dilakukan rasionalisasi dengan cara koordinasi PPI-Yanwat-IF-Penunjang tentang kebijakan penggunaan masker menjadi = Rp 445.930.000
- c) Benang operasi: Bagian dari INA CBG, rata-rata pemakaian per bulan Rp 880,669,796, kebutuhan 1 tahun = Rp 10,7 M. Dilakukan rasionalisasi dengan cara pemilihan produk yang paling efisien pada benang yang digunakan secara umum, terjadi efisiensi menjadi Rp 9.5 M (Efisiensi 10%).
- d) Cathlab: Bagian dari INA CBG, Optimalisasi Penggunaan AMHP reused, Kebutuhan 1 tahun = Rp 31.075.468.129. Dilakukan rasionalisasi dengan optimalisasi penggunaan AMHP Reused, efisiensi menjadi Rp 24.974.690.147 (Efisiensi 6,1M).

Dari analisa realisasi di atas, maka masih terdapat 4 indikator perjanjian kinerja yang belum mencapai target yaitu: *Penundaan operasi elektif, Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit, Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK, dan Persentase nilai EBITDA Margin.*

B. REALISASI ANGGARAN

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2023 Revisi ke-12 yang terbit pada tanggal 28 Desember Tahun 2023 sebesar Rp1.596.747.834.000,00 dengan rincian terdiri dari bersumber Rupiah Murni sebesar Rp150.536.479.000,00 dan bersumber dari PNBPN BLU sebesar Rp1.308.176.814.000,00 serta Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp138.034.541.000,00.

Realisasi penerimaan/ pendapatan sebesar Rp1.567.756.759.680,01 (105,08% dari target Rp1.491.838.600.000) yang terdiri dari dana Rupiah Murni sebesar Rp148.194.976.704,00 (98,44% dari target sebesar Rp150.536.479.000,00), PNBPN BLU sebesar Rp1.312.609.600.406,01 (109,09% dari target sebesar Rp1.203.267.580.000,00) serta dari Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp106.952.182.570,00 (77,48% dari target sebesar Rp138.034.541.000,00).

Realisasi pengeluaran/ belanja sebesar Rp1.497.629.816.699,00 (93,79% dari target Rp1.596.747.834.000,00) yang terdiri dari dana Rupiah Murni sebesar Rp148.194.976.704,00 (98,44% dari target sebesar Rp150.536.479.000,00), PNBPN BLU sebesar Rp1.242.482.051.965,00 (94,98% dari target sebesar Rp. 1.308.176.814.000,00) serta dari Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp 106.952.182.570,00 (77,48% dari target sebesar Rp138.034.541.000,00). Realisasi anggaran per sasaran strategis tercantum di dalam tabel 3.81. dibawah ini:

Tabel 3.81. Realisasi anggaran per sasaran strategis

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
		1.597.698.396.000	1.497.629.211.239
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder Angka kepuasan pelanggan	2.646.413.000	1.574.137.399

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
2	Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien 1. Penundaan waktu operasi elektif 2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal 3. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang 4. Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit 5. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit 6. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan 7. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik 8. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien Rawat Inap 9. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, Urologi-Nefrologi) 10. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator 11. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol.	559.396.162.000	528.420.957.669
3	Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat 1. Kepatuhan Supervisi DPJP terhadap Peserta Didik 2. Implementasi Translational Research 3. Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs 4. Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	2.634.617.250	659.404.424
4	Terwujudnya stratifikasi pelayanan 1. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama 2. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit 3. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP 4. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	34.516.448.000	33.319.157.831

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
5	Terwujudnya pengampunan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit 1. Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit 2. Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1.726.316.000	262.098.716
6	Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya 1. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional 2. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun 3. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO - BERAKHLAK	675.150.477.750	647.959.693.704
7	Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai 1. Utilisasi alat kesehatan 2. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar 3. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	310.897.501.000	276.215.898.945
8	Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi 1. Integrasi back office dan front office 2. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital 3. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	10.431.933.000	9.108.229.551
9	Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat 1. Maturitas BLU 2. Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) 3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 4. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 5. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni 6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU 7. Persentase nilai EBITDA Margin	298.528.000	109.633.000

C. PRESTASI

1. Menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dari KARS



Pada 8 Februari 2023 RSUP Dr. Sardjito menerima Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dari KARS dengan Tingkat Kelulusan Paripurna yang berlaku sampai dengan 29 Januari 2027.

Gambar 3.6. Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit

2. Piagam Penghargaan Lomba Poster Ilmiah Akreditasi oleh KARS



Staf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta atas nama dr. Aprilian Candra Ayu Sita Sudarto, MPH meraih Juara Harapan I Lomba Poster Ilmiah Akreditasi dalam acara PITSELNAS VII pada 15-17 Februari 2023

Gambar 3.7. Lomba Poster Ilmiah Akreditasi dalam acara PITSELNAS VII pada 15-17 Februari

3. Piagam Penghargaan Lomba Jurnal Dalam Acara LARSI Annual Meeting



Staf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta atas nama dr. Aprilian Candra Ayu Sita Sudarto, MPH; dr Ratih Haendrawati, MPH dan dr. Franciscus Haris Setiawan telah mengikuti lomba Jurnal Dalam Acara LARSI Annual Meeting tanggal 16-17 Maret 2023 dan meraih Juara 2 kategori Rumah Sakit/ Umum dengan Judul “Pembelajaran (*Lesson Learn*) dari Kejadian Sentinel: Laporan Kasus dan Rekomendasi untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien Operasi”

Gambar 3.8. Piagam Penghargaan Lomba Jurnal Dalam Acara LARSI Annual Meeting

4. Penghargaan Satuan Kerja dengan Kinerja Pengelolaan BMN Terbaik Tahun 2022 di Provinsi DIY



Gambar 3.9. Piagam Penghargaan Kinerja Pengelolaan BMN Terbaik

RSUP Dr Sardjito pada tanggal 28 Februari 2023 mendapatkan penghargaan dari Kepala KPKNL Yogyakarta sebagai Satuan Kerja dengan Kinerja Pengelolaan BMN Terbaik di Provinsi DIY. Kementerian Keuangan melalui Direktorat Jenderal Kekayaan Negara menggalakkan Evaluasi Kinerja Barang Milik Negara untuk mengetahui performa/ kinerja BMN, untuk selanjutnya dibuat langkah strategis dalam rangka efisiensi, efektifitas dan optimalisasi pengelolaan BMN. Evaluasi kinerja BMN memiliki 6 indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja BMN dalam rangka menentukan BMN tersebut sudah berkinerja baik atau tidak yaitu: kepentingan umum, manfaat social, kepuasan pengguna, potensi penggunaan masa mendatang, kelayakan finansial, dan kondisi teknis.

5. Penghargaan Satuan Kerja dengan Capaian PNBPA Aset Tertinggi Tahun 2022



Gambar 3.10. Piagam Penghargaan Capaian PNBPA Aset Tertinggi

KPKNL Yogyakarta memberikan apresiasi dan penghargaan kepada satker dengan pengelolaan BMN terbaik dalam ajang BMN Awards tahun 2022, dalam rangka meningkatkan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) dan mewujudkan pengelolaan BMN yang efektif, efisien, optimal dan akuntabel. RSUP Dr Sardjito pada tanggal 28 Februari 2023 mendapatkan penghargaan dari Kepala KPKNL Yogyakarta sebagai Satuan Kerja dengan Capaian PNBPA Aset Tertinggi Tahun 2022.

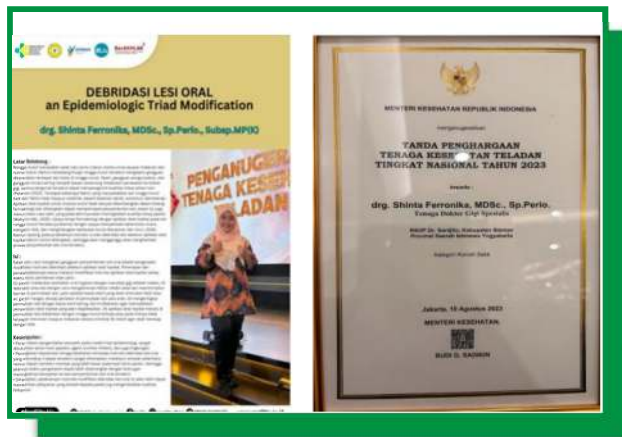
6. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta kategori Anugerah BAPETEN



Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta kategori Anugerah BAPETEN dalam bidang keselamatan dan keamanan nuklir di Radiologi Diagnostik dan intervensional pada tanggal 22 Agustus 2023.

Gambar 3.11. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta kategori Anugerah BAPETEN

7. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Dokter Gigi Spesialis.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada drg. Shinta Ferronika, MDSc., Sp.Perio., Subsp MP(K), kategori Tenaga Dokter Gigi Spesialis.

Gambar 3.12. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Dokter Gigi

8. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Dokter Pendidik Klinis.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Dr. Mahmud Sp.An, MSc, KMN, FIPM, kategori Tenaga Dokter Pendidik Klinis.

Gambar 3.13. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Dokter Pendidik Klinis

9. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Dokter.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada dr. Helina Sofia, kategori Tenaga Dokter.

Gambar 3.14. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Dokter

10. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Masyarakat.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Nurul Farida, SKM, MM, kategori Tenaga Kesehatan Masyarakat.

Gambar 3.15. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Masyarakat

11. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Kebidanan.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Shofia Rosyida, A.Md.Keb, kategori Tenaga Kebidanan.

Gambar 3.16. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kebidanan

12. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Teknik Biomedika.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Syahara Listyawan, S.ST, kategori Tenaga Teknik Biomedika.

Gambar 3.17. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Biomedika

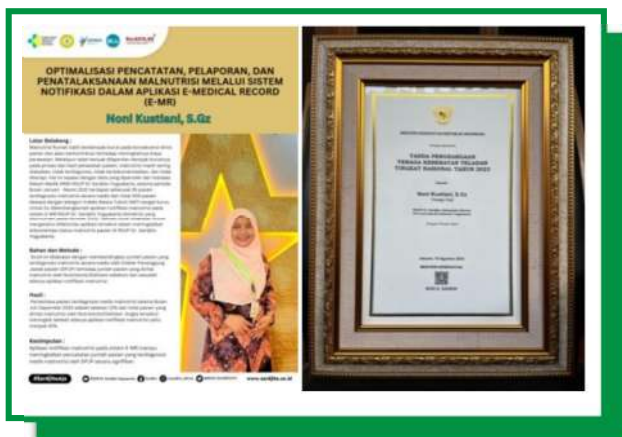
13. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Keteknisian Medis.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Rosa Elya Syarifah, A.Md, kategori Tenaga Keteknisian Medis.

Gambar 3.18. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keteknisian Medis

14. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Gizi.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Noni Kustiani, S.Gz, kategori Tenaga Gizi.

Gambar 3.19. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Gizi

15. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Asih Tri Rahayu, SKM kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan.

Gambar 3.20. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Kesehatan Lingkungan

16. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Keterampilan Fisik.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Intihana, A. Md. TW, kategori Tenaga Keterampilan Fisik.

Gambar 3.21. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keterampilan Fisik

17. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Tahun 2023 Kategori Tenaga Keperawatan.



Dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59 Tahun 2023 Kementerian Kesehatan RI telah memberi penghargaan kepada Sirila Ngesti Purnani, S.Kep., Ns, kategori Tenaga Keperawatan.

Gambar 3.22. Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tingkat Nasional Th 2023 Kategori Tenaga Keperawatan

18. Penghargaan ASN Berprestasi Tahun 2023



Penghargaan ASN Berprestasi Tahun 2023 diberikan kepada dr. Eniarti, M.Sc, Sp.Kj, MMR sebagai Peringkat Harapan I kategori *Inspiring Leader* pada tanggal 10 November 2023

Gambar 3.23. Penghargaan ASN Berprestasi Tahun 2023 Kategori *Inspiring Leader*

19. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Instansi Penyelenggaran Ukom JFK Terbaik



Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Instansi Penyelenggaran Ukom JFK Terbaik kategori rumah sakit pada tanggal 2 November 2023

Gambar 3.24. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Instansi Penyelenggaran Ukom JFK Terbaik kategori rumah sakit

20. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta “SATU SEHAT Award”



Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta “SATU SEHAT Award” kategori *Most Integrated* Terbaik 1 RS Vertikal pada tanggal 11 November 2023

Gambar 3.25. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai *Most Integrated* Terbaik 1 RS Vertikal

21. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peserta Kompetisi *Call Center* Tahun 2023



Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peserta Kompetisi *Call Center* Tahun 2023 Kelompok Rumah sakit Level 2 berpredikat sangat baik pada tanggal 12 November 2023

Gambar 3.26. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peserta Kompetisi *Call Center* Tahun 2023 Kelompok Rumah Sakit Level 2 berpredikat sangat baik

22. Penghargaan dari BPJS Kesehatan cabang Sleman kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta



Penghargaan dari BPJS Kesehatan cabang Sleman kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah sakit paling berkomitmen dalam memberikan pelayanan terbaik bagi peserta JKN kategori RS tipe A pada tanggal 2 Oktober 2023

Gambar 3.27. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS paling berkomitmen dalam memberikan pelayanan terbaik bagi peserta JKN kategori RS Tipe A

23. Penghargaan dari Kementerian Pemberdayaan perempuan dan perlindungan Anak RI kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta



Penghargaan dari Kementerian Pemberdayaan perempuan dan perlindungan Anak RI kepada RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Lembaga Perlindungan Khusus Ramah Anak yang memenuhi standar dengan nilai maksimum (1 November 2023 – 1 November 2026) pada tanggal 1 November 2023

Gambar 3.28. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Lembaga Perlindungan Khusus Ramah Anak yang memenuhi standar dengan nilai maksimum

24. Penghargaan dari BPJS Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta



Penghargaan dari BPJS Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai RS Type A dengan Tata Kelola Pengajuan Klaim Terbaik tingkat DIY dan Tingkat Nasional pada tanggal 30 November 2023

Gambar 3.29. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Type A dengan Tata Kelola Pengajuan Klaim Terbaik Tingkat DIY dan Tingkat Nasional

25. Penghargaan RSUP Dr Sardjito sebagai Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Kategori “Pelayanan Prima” Tahun 2023



Penghargaan dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Kategori Pelayanan Prima Tahun 2023 pada tanggal 21 November 2023

Gambar 3.30. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Kategori “Pelayanan Prima” Tahun 2023

26. Penghargaan RSUP Dr Sardjito sebagai Peringkat 1 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik



Penghargaan dari Kementerian Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai Peringkat 1 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik pada tanggal 20 Januari 2024

Gambar 3.31. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peringkat 1 Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik

27. Penghargaan RSUP Dr Sardjito sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik



Penghargaan dari Kementerian Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik pada tanggal 20 Januari 2024

Gambar 3.32. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik

28. Penghargaan RSUP Dr Sardjito sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai Peringkat III Rumah Sakit Vertikal dengan Rumah Sakit Pendidikan Terbaik



Penghargaan dari Kementerian Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai Peringkat III Rumah Sakit Vertikal dengan Rumah Sakit Pendidikan Terbaik pada tanggal 20 Januari 2024

Gambar 3.33. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai Peringkat III Rumah Sakit Vertikal dengan Rumah Sakit Pendidikan Terbaik

29. Penghargaan RSUP Dr Sardjito sebagai *Best Transformation Hospital*



Penghargaan dari Kementerian Kesehatan kepada RSUP Dr Sardjito Yogyakarta sebagai RSUP Dr. Sardjito sebagai *Best Transformation Hospital* pada tanggal 20 Januari 2024

Gambar 3.34. Penghargaan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai *Best Transformation Hospital*

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 38 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 Yogyakarta.

Hasil pengukuran, pengelolaan data, dan pelaporan kinerja terdapat 33 Indikator Kinerja yang realisasinya sudah mencapai target yang ditetapkan, sedangkan 5 indikator kinerja belum mencapai target, yaitu: *Penundaan operasi elektif, Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit, Supervisi DPJP terhadap peserta didik, Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK, dan . Persentase nilai EBITDA Margin.*

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 2023 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.