



2024

# Laporan Kinerja (LKj)

## RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Jln. Kesehatan 1, Sekip Yogyakarta  
Telp. (0274) 587333 Fax. (0274) 565639  
[www.sardjito.co.id](http://www.sardjito.co.id)

# LEMBAR PENGESAHAN

## LAPORAN KINERJA (LKj) RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA TAHUN ANGGARAN 2024

DISAHKAN DI : YOGYAKARTA  
PADA TANGGAL : 24 JANUARI 2025

### DIREKSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA

Direktur Utama,

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

Plt. Direktur Medik dan Keperawatan,

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

Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian,

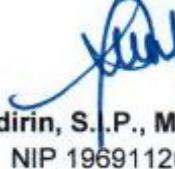
  
drg. Nusati Ikawahju, M.Kes

NIP 196812071994032003

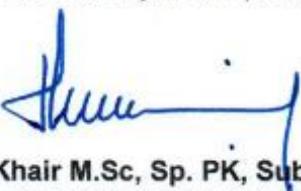
Direktur Keuangan dan BMN,

  
Linda Permata Sari, S.E  
NIP 919670220202310201

Direktur Perencanaan dan Pengembangan  
Strategi Layanan,

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

Direktur Layanan Operasional,

  
dr. Riat El Khair M.Sc, Sp. PK, Subsp. PI (K), QHIA  
NIP 197608262008121002

# **TI<sup>M</sup> PENYUSUN**

## **Pengarah**

dr. Eniarti, M.Sc. Sp.KJ., M.M.R., QHIA  
Direktur Utama  
Dr. dr. Sri Mulatsih, SpA (K), M.P.H  
Direktur Medik, Keperawatan dan Penunjang  
drg. Nusati Ikawahju, M.Kes  
Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian  
Linda Permatasari, SE.  
Direktur Keuangan dan BMN  
Khadirin, S.IP.,M.A.R.S, M.H., QHIA  
Direktur Perencanaan Pengembangan Strategi Layanan  
dr. Riat El Khair, Sp. PK (K),M.Sc.,QHIA  
Direktur Layanan Operasional  
Ika Yuli Astuti SE, CIAP, M.Acc  
Kepala SPI

## **Ketua**

drg. Elfi Rahmawati, M.P.H  
Manajer Perencanaan Evaluasi Program

## **Editor**

dr. Dwi Septikawati, M.P.H; Niken Darmawati Cahyaningsih., S.Kep. Ners, M.P.H.; Endri Astuti, S.Kep., Ns, M.P.H ; Wawan Ari Saputra, S.Kom.; dr. Cahya Dewi Satria, M.Kes.,Sp.A(K.); dr. Dewiyani Indah Widasari, Sp.PA. PhD; Mohammad Rochimul Umam, SE, Akt, M.Kes.; Penta Yunianti, SE, MM; Dexiana Dewi Yuliasari, SE, Akt; Alit Iswahyudi, SE., M.P.H ; Banu Hermawan, SH. M.Li.; Budi Setiawan, SKM. M.P.H.; dr Endro Tanoyo, Sp.PD

## **Anggota**

dr. Hilma Kholida Ats-Tsani, M.P.H; dr Rizky Oktarini.; Khairul Bariyah, S.Kep.Ns; Agus Joko Purwanto,S.Kep.,Ners.; Srie Hapsari Ekanova, ST.MM; Asri Riswiyanti, S.F., Apt,M.Sc.; Sulthon Bangun Nagari, S.M., M.H.Kes.; Purwo Atmanto, S.Kep.,Ners, M.P.H.; Tri Wahyu Yulianto, SE ; Nur Farichah, SKM, MSc.; dr. Danny Pratama Kuswadi,Sp.PD-KGH; dr. Setiyani Puji Lestari, Sp PA; dr. Ratih Haendrawati, M.P.H.; Nur Fauziyah Faraswati, S.Gz.; Arif Gunawan, S.Kom.; Nugroho Bayu Aji, S.E, MMR; R. Sigit Pramono Siwi, S.E ; Ardianary Chandra Dewi, SE; Dwi Apriyanto, SE.; Itsna Rahmawati Manshuria,S.E.; Asrofy Hamid, A.Md; Junediyono, SKM, MKM.; Arum Sandanu, S.H.; Muhammad Hendy Leksono, SE.; Dyah Ismayanti Kusalita, S.Sos; Ruwanto, SST,MM.

## **Kontributor**

Ka.SPI, Ka Komite Medik, Ka. Komite Etik dan Hukum, Ka. Komite Keperawatan, Ka. Komite Mutu Rumah Sakit, Ka. Komite Koordinator Pendidikan, Ka. Komite Etik Penelitian Kesehatan, Ka Komite PPI, Ka. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Ka. Instalasi Gawat Darurat, Ka. Instalasi Rawat Jalan Reguler, Ka. Instalasi Rawat Inap Dewasa, Ka. Instalasi Rawat Khusus, Ka. Instalasi Kanker Terpadu, Ka. Instalasi Pusat Jantung Terpadu, Ka. Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak Terpadu, Ka. Instalasi Laboratorium Terpadu, Ka. Instalasi Radiodiagnostik, Ka. Instalasi Radioterapi dan Kedokteran Nuklir, Ka. Instalasi Farmasi, Ka. Instalasi Kamar Bedah dan Anestesi, Ka. Instalasi Kedokteran Forensik dan Medikolegal, Ka. Instalasi Layanan Kesehatan dan Wisata Kebugaran, Ka. Instalasi Ginjal Terpadu, Ka. Instalasi Layanan Eksekutif, Ka. Instalasi Pendidikan dan Pelatihan, Ka. Instalasi Gizi, Ka. Instalasi Penelitian, Biomedis dan Genomika, Ka. Instalasi Pengembangan dan Inovasi Layanan, Ka. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, Ka. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu, Ka. Instalasi SIMRS, Ka. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS, Ka. Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS, Ka. Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Ka. Instalasi Penunjang dan Penyedia Produk (Tawangmangu), Ka. Unit Transfusi Darah dan Ka. Unit Intervensi Non Bedah.

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr Sardjito Tahun 2024 telah selesai dilaksanakan sesuai peraturan dan kaedah berlaku. Laporan Kinerja ini dimaksudkan untuk mewujudkan prinsip "good governance" yang menjadi prasyarat bagi setiap instansi pemerintah dalam upaya mewujudkan visi-misi organisasi. Laporan ini 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 tahun 2024.

Laporan kinerja ini diharapkan menjadi salah satu alat kendali, penilaian kinerja, dan pendorong untuk meningkatkan capaian outcome kinerja. RSUP Dr Sardjito berkomitmen terus melakukan perbaikan kinerja organisasi berkelanjutan di tahun berikutnya yang lebih berintegritas, visioner, dan unggul.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi dan berkinerja secara bersungguh-sungguh dalam melaksanakan program dan kegiatan di lingkungan RSUP Dr Sardjito.

Akhir kata, kami berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi RSUP Dr Sardjito dan para *stakeholder* yang memerlukan informasi atas Laporan Kinerja RSUP Dr Sardjito Tahun 2024.

Yogyakarta, 24 Januari 2025

Direktur Utama

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta,

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



## ***DAFTAR ISI***

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
TIM PENYUSUN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GRAFIK.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
RINGKASAN .....	x
EKSEKUTIF .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN .....	2
C. DASAR HUKUM.....	2
D. STRUKTUR ORGANISASI.....	4
F. SUMBER DAYA MANUSIA.....	9
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS.....	15
H. SISTEMATIKA PELAPORAN .....	17
BAB II PERENCANAAN KINERJA .....	20
A. RENCANA STRATEGI BISNIS.....	20
B. PERJANJIAN KINERJA .....	30
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	34
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI.....	35
B. REALISASI ANGGARAN.....	153
A. PRESTASI .....	155
BAB IV PENUTUP.....	164

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan per 31 Desember 2024 .....	10
Tabel 1.2. Daftar DPJP Berdasarkan KSM Tahun 2024 .....	11
Tabel 1.3. Pengelompokan Data SDM Berdasarkan Wilayah .....	11
Tabel 1.4. Data SDM RSUP DR Sardjito di Yogyakarta.....	12
Tabel 1.5. Data SDM UPF Tawangmangu Berdasarkan Jenis Ketenagaan .....	13
Tabel 1.6. Data Peserta Didik Tahun 2024 .....	14
Tabel 1.7. Peserta Didik Berdasarkan Prodi Tahun 2024 .....	14
Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024.....	24
Tabel 2.2. Matriks Rencana Strategis RSUP Dr Sardjito Tahun 2020-2024.....	28
Tabel 2.3. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024.....	30
Tabel 3.1. Indikator persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan.....	36
Tabel 3.2. Indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan .....	36
Tabel 3.3. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2024 .....	41
Tabel 3.4. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020 - 2024 .....	42
Tabel 3.5. skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung .....	49
Tabel 3.6. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar .....	50
Tabel 3.7. Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang .....	51
Tabel 3.8. Realisasi Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien .....	51
Tabel 3.9. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit .....	55
Tabel 3.10. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit .....	56
Tabel 3.11. Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.....	59
Tabel 3.12. Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal.....	59
Tabel 3.13. Persentase Penurunan NDR di Rumah Sakit Vertikal .....	60
Tabel 3.14. Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas .....	62
Tabel 3.15. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis .....	66
Tabel 3.16. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis perbulan.....	66
Tabel 3.17. Indikator Lama Rawat Pasien Kanker Payudara .....	66
Tabel 3.18. Indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi .....	67
Tabel 3.19. Indikator Terapi Fibrinolitik : “ <i>door to needle</i> “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI.....	67
Tabel 3.20. Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 hari .....	68
Tabel 3.21. Indikator Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO.....	68
Tabel 3.22. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target.....	72
Tabel 3.23. Capaian INM Tahun 2024 .....	73
Tabel 3.24. Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik.....	79
Tabel 3.25. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik.....	79
Tabel 3.26. Indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi .....	83
Tabel 3.27. Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic.....	85
Tabel 3.28. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel .....	87
Tabel 3.29. Indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS .....	88
Tabel 3.30. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN .....	90
Tabel 3.31. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional .....	93
Tabel 3.32. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional .....	97
Tabel 3.33. Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama.....	99
Tabel 3.34. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan.....	102
Tabel 3.35. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun.....	103
Tabel 3.36. Budaya Organisasi *SARDJITO* : .....	106
Tabel 3.37. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi .....	107
Tabel 3.38. Prosentase implementasi budaya organisasi .....	107
Tabel 3.39. Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi .....	111
Tabel 3.40. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal .....	114
Tabel 3.41. <i>Performance</i> alat yang diukur .....	117

Tabel 3.42. Utilitas Alat per Bulan.....	117
Tabel 3.43. Indikator Utilitas alat kesehatan .....	118
Tabel 3.44. Indikator Implementasi RME terintegrasi.....	120
Tabel 3.45. Indikator Maturitas BLU .....	124
Tabel 3.46. Hasil Maturitas BLU Tahun 2023 .....	125
Tabel 3.47. Data Rasio Kas dan Rasio POBO .....	134
Tabel 3.48. Indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik .....	135
Tabel 3.49. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK .....	138
Tabel 3.50. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	140
Tabel 3.51. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	140
Tabel 3.52. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	143
Tabel 3.53. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	143
Tabel 3.54. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU.....	145
Tabel 3.55. Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU .....	146
Tabel 3.56. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin.....	148
Tabel 3.57. Indikator Persentase nilai <i>EBITDA Margin</i> .....	148
Tabel 3.58. Total tarif INACBG dan tarif RS.....	151
Tabel 3.59. Realisasi anggaran per sasaran strategis .....	153

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan .....	37
Grafik 3.2. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2024 .....	42
Grafik 3.3. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan per bulan Tahun 2024.....	42
Grafik 3.4. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar.....	50
Grafik 3.5. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2024 .....	51
Grafik 3.6. Realisasi Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien .....	52
Grafik 3.7. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit.....	56
Grafik 3.8. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit.....	56
Grafik 3.9. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas.....	63
Grafik 3.10. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis .....	69
Grafik 3.11. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target .....	72
Grafik 3.12. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik .....	79
Grafik 3.13. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik per bulan .....	80
Grafik 3.14. Persentase Penelitian klinik terpublikasi.....	83
Grafik 3.15. Indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS .....	85
Grafik 3.16. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel.....	88
Grafik 3.17. Indikator Jumlah rekrutmen sampel.....	88
Grafik 3.18. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN .....	91
Grafik 3.19. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional .....	93
Grafik 3.20. Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama .....	100
Grafik 3.21. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun .....	103
Grafik 3.22. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun .....	103
Grafik 3.23. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi .....	107
Grafik 3.24. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi .....	108
Grafik 3.25. Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal .....	112
Grafik 3.26. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal .....	114
Grafik 3.27. Indikator Utilitas alat kesehatan .....	118
Grafik 3.28. Indikator Persentase layanan RME terintegrasi.....	120
Grafik 3.29. Indikator Maturitas BLU .....	125
Grafik 3.30. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik .....	135
Grafik 3.31. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK .....	138
Grafik 3.32. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU .....	140
Grafik 3.33. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU .....	141
Grafik 3.34. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni .....	143
Grafik 3.35. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni .....	144
Grafik 3.36. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU .....	146
Grafik 3.37. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU .....	146
Grafik 3.38. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin .....	148
Grafik 3.39. Indikator Persentase nilai <i>EBITDA Margin</i> .....	149

## DAFTAR GAMBAR

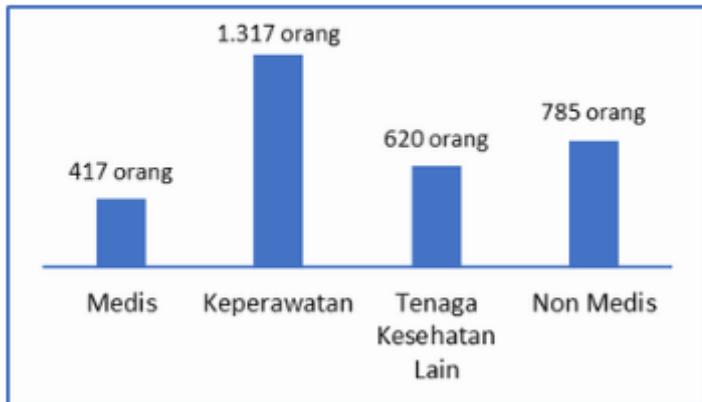
Gambar 1.1. Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito.....	5
Gambar 1.2. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024 .....	10
Gambar 1.3. Data SDM RSUP DR Sardjito di Yogyakarta.....	12
Gambar 1.4. Data SDM UPF Tawangmangu Berdasarkan.....	13
Gambar 3.1. Tanda Penghargaan <i>Best Transformation Hospital</i> Th 2023.....	155
Gambar 3.2. Tanda Penghargaan Peringkat I Pengukuran Standar Klinis Terbaik.....	156
Gambar 3.3. Tanda Penghargaan Peringkat III RSV dengan RS Pendidikan Terbaik .....	156
Gambar 3.4. Tanda Penghargaan Peringkat I Tingkat Maturitas BLU Terbaik.....	156
Gambar 3.5. Piagam Penghargaan Satuan Kerja dengan Capaian IKPA .....	157
Gambar 3.6. Piagam Penghargaan sebagai RS Terbaik 1 Penanggulangan TB di DIY.....	157
Gambar 3.7. Penghargaan Arsip Herbarium Temulawak 2024.....	157
Gambar 3.8. Penghargaan CSSD Center of Excellent Award dari APSIC .....	158
Gambar 3.9. Peringkat II Healthcare Workers Wellbeing dari PERSI .....	158
Gambar 3.10. Peringkat IV Green Hospital dari PERSI .....	158
Gambar 3.11. Peringkat V Health Services During Crisis dari PERSI .....	158
Gambar 3.12. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan kanker ....	159
Gambar 3.13. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan neurologi .	159
Gambar 3.14. Satuan kerja Pengelola BLU Terbaik Rumpun Kesehatan .....	160
Gambar 3.15. UPT Terbaik Peringkat III dlm Pemanfaatan Aplikasi Srikandi dari Menkes .....	160
Gambar 3.16. Peringkat II Arsiparis Terbaik Kemenkes Kategori Keahlian dari Menkes .....	160
Gambar 3.17. Peringkat Terbaik II Kategori Best Team Leader dari Menkes.....	161
Gambar 3.18. Sertifikat Hak Cipta SIMETRISS .....	161
Gambar 3.19. Sertifikat Hak Cipta Karya Siaran Video Kenali Limfedema.....	161
Gambar 3.20. Sertifikat Hak Cipta Karya Program Komputer .....	162
Gambar 3.21. Sertifikat Hak Cipta Karya <i>Bundle Pencegahan Ulkus Mukosa</i> .....	162
Gambar 3.22. Sertifikat Hak Cipta Karya UNIMOB .....	162
Gambar 3.23. Sertifikat Hak Cipta Karya Rekaman Video Bakpia Seri.....	162

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Pada tahun 2024, RSUP Dr Sardjito telah menunjukkan capaian kinerja dengan hasil yang baik dalam menjalankan kewenangan tugas pokok fungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan. Dalam mewujudkan capaian kinerja, RSUP Dr Sardjito mendapat dukungan SDM sejumlah 3.139 orang dan pagu anggaran sebesar Rp1.808.936.576.000. Hingga 31 Desember 2024, realisasi pagu anggaran RSUP Dr Sardjito mencapai sebesar Rp 1.638.398.238.703 atau sebesar 90,57% dari total pagu anggaran. Target pendapatan BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024 sebesar Rp 1.240.255.908.000 sampai dengan tahun 2024 telah realisasi sebesar Rp1.459.425.005.967 atau 117,67%.

### SUMBER DAYA MANUSIA

Jumlah pegawai sebanyak 3.139 orang terdiri dari 417 orang Medis, 1.317 orang Keperawatan, 620 tenaga Kesehatan lain (terdiri dari Farmasis 173 orang, Kesehatan Masyarakat 24 orang, Gizi 40 orang, Keterapi fisik 49 orang, Keteknisian Medis 334 orang), 785 orang Non Medis. Jumlah 1813 orang PNS, 413 orang PPPK, 363 Non ASN, 172 Dokter Mitra, 378 PKWT.



### KEUANGAN

Pagu anggaran RSUP Dr Sardjito tahun 2024 sebesar Rp1.808.936.576.000 yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp1.639.339.917.000 dan Program Dukungan Manajemen Rp.169.596.659.000. Sampai dengan 31 Desember 2024, realisasi anggaran Program Pelayanan Kesehatan dan JKN mencapai Rp 1.472.349.048.370 (89,8%) dan Program Dukungan Manajemen mencapai Rp 166.049.165.398 (97,9%)



## CAPAIAN KINERJA TAHUN 2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target	Realisasi	Capaian
<b>Sasaran Strategis 1:</b>				
Terwujudnya kepuasan stakeholder	1. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (Kecepatan Penanganan keluhan non medis)	100%	100%	100%
	2. Angka kepuasan pelanggan	86	86,92	101%
	3. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	88,14%	110%
<b>Sasaran Strategis 2:</b>				
Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	4. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	80%	92,3%	115%
	5. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	2,5%	5,5%	45%
	6. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2 laporan	3 laporan	150%
	7. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	100%	125%
	8. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	85%	85%
	9. Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%	75%	100%
	10. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80%	83%	103%
<b>Sasaran Strategis 3:</b>				
Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat	11. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%	29%	290%
	12. Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 layanan	3 layanan	100%
	13. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	250 sampel	647 sampel	259%
<b>Sasaran Strategis 4:</b>				
Terwujudnya Stratifikasi Pelayanan	14. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	16%	160%
	15. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	5 layanan	500%
<b>Sasaran Strategis 5:</b>				
Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit	16. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna	5 layanan	5 layanan	100%
	17. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS	1 RS	100%
<b>Sasaran Strategis 6:</b>				
Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya	18. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	84%	88,63%	106%
	19. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK	85%	88,25%	104%

## CAPAIAN KINERJA TAHUN 2024

<b>Sasaran Strategis 7:</b>					
Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai	20. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	100%	111%	
	21. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	95,98%	107%	
	22. Utilitas Alat Kesehatan	75%	141,64%	189%	
<b>Sasaran Strategis 8:</b>					
Terwujudnya digitalisasi dan administrasi yang terintegrasi	23. Persentase layanan 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%	
<b>Sasaran Strategis 9:</b>					
Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat	24. Maturitas BLU	4,1	4,21	103%	
	25. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	75%	75%	
	26. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	99,37%	105%	
	27. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%	117,67%	131%	
	28. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	97,92%	102%	
	29. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	87,87%	98%	
	30. Persentase nilai EBITDA Margin	20%	15,6%	78%	
<b>Total Capaian</b>				<b>132%</b>	

## RISIKO

- Komposisi sumber pendapatan didominasi oleh pendapatan dari satu sumber pelayanan JKN sebesar 91,5% dari total pendapatan.
- Belum optimalnya kualitas pelayanan medis dalam mendukung peningkatan volume pelayanan.
- Belum optimalnya integrasi fungsional antara rumah sakit dan institusi Pendidikan dalam mendukung status RS Pendidikan.
- Penataan organisasi dan komposisi sumber daya manusia didalamnya belum optimal dengan kebutuhan organisasi
- Belum dapat memenuhi ekspektasi pengalaman pasien terhadap pelayanan yang diterima

## FAKTOR KEBERHASILAN DAN KEGAGALAN

- Keberhasilan pencapaian kinerja didukung oleh: (1) Komitmen dan konsistensi para Pimpinan untuk mengawal implementasi strategis dalam mencapai tujuan dengan memaksimalkan sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit, sehingga dapat tercapai kinerja di tahun 2024; (2) Koordinasi, komunikasi dan kerjasama yang terjalin baik antara pimpinan, manajer, instalasi, KSM dan unit kerja; dan (3) Kontribusi seluruh civitas hospitalia yang telah berkinerja secara optimal dalam melaksanakan program dan kegiatan selama tahun 2025.
- Tantangan dalam pencapaian tujuan dan sasaran strategis pada tahun 2024 dipengaruhi oleh status rumah sakit sebagai rujukan tertinggi untuk penanganan penyakit, tata kelola organisasi termasuk tata kelola keuangan yang masih perlu ditingkatkan dalam hal efisiensi biaya, pengaturan kas, peningkatan pelayanan non JKN. Meskipun demikian, RSUP Dr Sardjito dengan sumberdaya yang ada telaah dapat mencapai target kinerjanya secara optimal.

## RENCANA MENINGKATKAN KINERJA TAHUN 2025

- Meningkatkan pendapatan non JKN melalui perbaikan pengalaman pasien, pengembangan produk layanan, optimalisasi kegiatan branding dan marketing untuk pelayanan non JKN, serta meningkatkan kerjasama dengan institusi dan asuransi non JKN.
- Meningkatkan efisiensi biaya melalui pengendalian belanja terutama belanja pegawai dan belanja SDM, perbaikan supply chain dan perbaikan proses pengadaan.
- Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien melalui perbaikan fasilitas pendukung, perbaikan waktu pelayanan dan pengembangan pelayanan unggulan.
- Memberikan pelayanan berkualitas melalui updating Panduan Praktik Klinis dan peningkatan kualitas layanan klinis.
- Meningkatkan transformasi digital yang andal pada proses bisnis utama melalui digitalisasi pelayanan dan administrasi yang terintegrasi.
- Memastikan tata kelola rumah sakit yang bersih dan akuntabel melalui perbaikan tata kelola organisasi sehingga tercipta organisasi yang efisien, transparan dan akuntabel.
- Mendukung pengampuan regional penyakit prioritas untuk rumah sakit lain melalui kegiatan pendampingan pelayanan (mentoring, proctorship dan lain-lain) kepada rumah sakit yang diampu.
- Melaksanakan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif untuk mewujudkan SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber AKHLAK melalui kepatuhan jam kerja ditunjang dengan remunerasi berkeadilan.
- Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan melalui peningkatan kapabilitas pendidikan dan pelatihan.
- Mendorong inovasi yang berfokus kepada perbaikan mutu pelayanan melalui *Clinical Research Unit* (CRU) melalui pelaksanaan penelitian untuk mendukung pelayanan unggulan.



## HIGHLIGHT PENGHARGAAN YANG DITERIMA RSUP Dr SARDJITO TAHUN 2024

### BEST TRANSFORMATION HOSPITAL



**PERINGKAT I**  
SEBAGAI RUMAH SAKIT VERTIKAL  
KATEGORI RUMAH SAKIT UMUM DENGAN  
PENGUKURAN STANDAR KLINIS TERBAIK



**PERINGKAT I**  
SEBAGAI RUMAH SAKIT VERTIKAL  
KATEGORI RUMAH SAKIT UMUM DENGAN  
TINGKAT MURURITAS BLU TERBAIK



**PERINGKAT III**  
SEBAGAI RUMAH SAKIT VERTIKAL  
KATEGORI RUMAH SAKIT  
PENDIDIKAN TERBAIK



## HIGHLIGHT PENGHARGAAN YANG DITERIMA RSUP Dr SARDJITO TAHUN 2024



Penghargaan dari Kepala KPPN Yogyakarta sebagai Satuan kerja dengan capaian IKPA berpredikat sangat baik



Penghargaan Central Sterile Supply Department/ CSSD Center of Excellent Award dari Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC)



Penghargaan Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan neurologidari PERSI



Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan kanker dari PERSI



Penghargaan Peringkat IV Green Hospital dari PERSI



Penghargaan sebagai UPT Terbaik Peringkat III dlm Pemanfaatan Aplikasi Srikandi dari Menkes



Kemenkes  
RS Sardjito



BerAKHLAK  
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten  
Harmonis Loyal Adil dan Kolektif



# BAB I

# PENDAHULUAN



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Perbaikan tata kelola 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 sesuai dengan 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. TUJUAN**

Tujuan penyusunan Laporan Kinerja RSUP Dr Sardjito Tahun 2024 adalah untuk:

1. Memberikan informasi capaian target kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Direktur Utama RSUP Dr Sardjito dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan; dan
2. Meningkatkan kinerja dan perbaikan sebagai tindakan korektif yang berkesinambungan bagi kinerja RSUP Dr Sardjito.

## **C. DASAR HUKUM**

Dasar hukum dalam penyusunan Laporan Kinerja RSUP Dr Sardjito Tahun 2024 ini mengacu pada beberapa dokumen peraturan perundangan diantaranya:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023, Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020 – 2024. (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020, Nomor 10);
4. Peraturan Presiden No 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022, Nomor 461);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022, Nomor 964);
8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 220/PMK.05/2016 tentang Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016, Nomor 214);
9. 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 Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014, Nomor 1842);
10. Keputusan Menteri Investasi/Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 13012200175170001, tanggal 20 Juni 2022 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko BLU Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit Umum DR Sardjito Yogyakarta Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan;
11. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kemenkeu Nomor PER – 5/PB/2017 tentang Pedoman Penyusunan Kontrak Kinerja dan Penetapan Persetujuan Capaian Kinerja Pimpinan Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan;
12. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kemenkeu Nomor PER – 24/PB/2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI Nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan;
13. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER – 11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum;

14. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kemenkeu Nomor PER-2/PB/2022 tentang Pedoman Teknis Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Badan Layanan Umum;
15. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1828/2019 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama RSU/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI;
16. RSB RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020-2024;
17. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP Dr. Sardjito Tahun Anggaran 2024

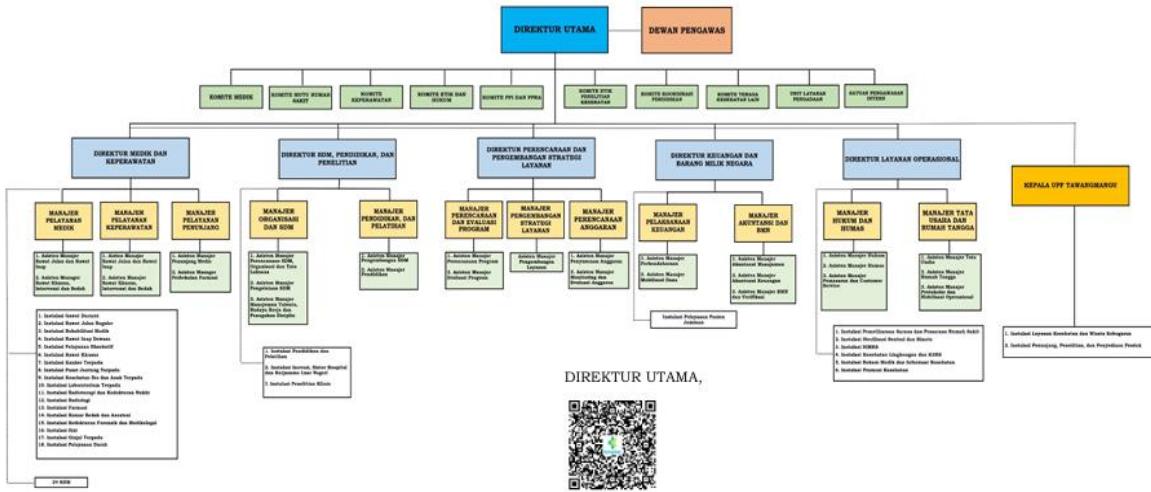
#### **D. STRUKTUR ORGANISASI**

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Dr Sardjito merupakan Rumah Sakit Vertikal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal dan secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

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 ke dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Pada tanggal 27 Juni 2023 berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor: OT.01.01/D.XI/14575/2023 UPF Tawangmangu bergabung dengan RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

Berdasarkan klasifikasi RS maka RSUP Dr. Sardjito termasuk RSUP Tipe I dengan 5 Direktorat di bawah Direktur Utama yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan; Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian; Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan; Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara; dan Direktorat Layanan Operasional. Berdasarkan PMK tersebut, pada tanggal 27 Juni 2023, Direktur Utama menetapkan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor: OT.01.01/D.XI/14575/2023 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, namun dalam rangka penyesuaian kebutuhan layanan, perlu dilakukan penyesuaian Organisasi Non Struktural. Pada tanggal 1 Agustus 2024, Direktur Utama menetapkan Surat Keputusan Nomor OT.01.01/D.XI/19275/2024 tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Dr Sardjito.

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



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sistem tanda tangan yang diterbitkan oleh Bakir Sertifikasi Elektronik (BSxE), BSSN

Gambar 1.1. Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito

**E. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA**

1. Tugas Pokok dan Fungsi RSUP Dr Sardjito

- Tugas: menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.
- Dalam menjalankan tugasnya Direktur Utama menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:
  - Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
  - Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
  - Pengelolaan pelayanan non medis;
  - Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
  - Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
  - Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
  - Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
  - Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
  - Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
  - Pengelolaan sistem 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 non medis;
    - 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 di bidang 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 di bidang 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;
    - 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 dan pengembangan pelayanan UPF Yankestrad Tawangmangu.
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.
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 sektoral;
- 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.

**F. SUMBER DAYA MANUSIA**

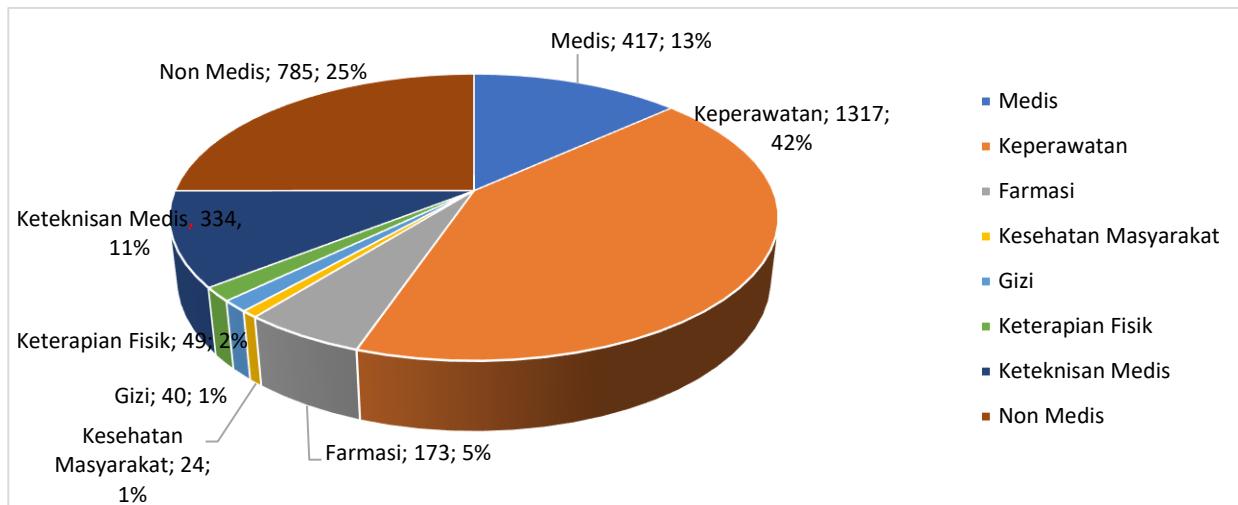
Dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai RS UPT Vertikal Kemenkes dan RS Pendidikan, RSUP Dr Sardjito didukung tenaga medis, keperawatan, farmasi, kesehatan masyarakat, gizi, keterapian fisik, keteknisian medis, dan lain-lain, serta tenaga non kesehatan sejumlah 3.139 orang yang terinci sebagai berikut :

a. SDM Berdasarkan Status Ketenagaan

Jumlah keseluruhan tenaga kesehatan dan non kesehatan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta per 31 Desember 2024 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 per 31 Desember 2024

No	Tenaga	PNS	PPPK	Non ASN Tetap	Non ASN Kontrak	Dokter Mitra RSS	Dokter Mitra Purna	Dokter Mitra BKO	PKWT	Total
1	Medis	225	20			33	19	120		417
2	Keperawatan	779	231	18	1				288	1317
3	Farmasi	92	61	3	1				16	173
4	Kesehatan Masyarakat	16	4						4	24
5	Gizi	27	8	1					4	40
6	Keterapian Fisik	38	6	3					2	49
7	Keteknisan Medis	202	57	36					39	334
8	Non Medis	434	26	155	145				25	785
<b>Total</b>		<b>1813</b>	<b>413</b>	<b>216</b>	<b>147</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>120</b>	<b>378</b>	<b>3139</b>



Gambar 1.2. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024

Dari Tabel 1.1. dan Gambar 1.2. di atas tampak bahwa jenis ketenagaan Keperawatan mempunyai jumlah terbanyak sebesar 42%, dengan tenaga medis sebesar 13% karena proses bisnis rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Jenis ketenagaan gizi mempunyai jumlah paling sedikit sebesar 1% sebagai supporting dalam memberikan pelayanan asuhan gizi pada pasien rawat inap.

Core bisnis RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta adalah pelayanan yang dilakukan oleh para dokter spesialis dan subspesialis yang disebut DPJP. Pada Tahun 2024 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai 24 Kelompok Staf Medis (KSM) dengan total Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebanyak 412 orang yang terinci sesuai Tabel 1.2. di bawah ini.

Tabel 1.2. Daftar DPJP Berdasarkan KSM Tahun 2024

No	Jenis	Jumlah	No	Jenis	Jumlah
1.	KSM Dokter Umum	48	13	KSM Patologi Anatomi	12
2.	KSM Kesehatan Anak	45	14	KSM THT-KL	11
3.	KSM Penyakit Dalam	35	15	KSM Penyakit Paru	7
4.	KSM Kebidanan dan Kandungan	23	16	KSM Orthopedi dan Traumatologi	8
5.	KSM Bedah	28	17	KSM Jiwa	8
6.	KSM Radiologi	24	18	KSM Rehabilitasi Medik	8
7.	KSM Anestesi & Reanimasi	23	19	KSM Bedah Urologi	8
8.	KSM Jantung	22	20	KSM Gigi & Mulut	8
9.	KSM Saraf	24	21	KSM Bedah Saraf	6
10.	KSM Patologi Klinik	18	22	KSM Bedah Mulut	4
11.	KSM Mata	19	23	KSM Geriatri	4
12.	KSM Kulit dan Kelamin	16	24	KSM Kedokteran Forensik	3
<b>TOTAL = 417</b>					

Dari Tabel 1.2. terlihat bahwa anggota KSM Dokter Umum memiliki anggota yang paling banyak 48 dokter, KSM Kesehatan Anak 45 dokter sedangkan DPJP Kedokteran Forensik memiliki anggota paling sedikit sebanyak 3 dokter.

b. SDM Berdasar wilayah penugasan:

SDM RSUP Dr. Sardjito meliputi Data SDM di Yogyakarta dan UPF Tawangmangu yaitu :

Tabel 1.3. Pengelompokan Data SDM Berdasarkan Wilayah Tahun 2024

No.	Jenis Tenaga	SDM		Total
		RSS	UPT Tawangmangu	
1.	Medis	409	8	417
2.	Keperawatan	1.312	5	1.317
3.	Farmasi	161	12	173
4.	Kesehatan Masyarakat	19	5	24
5.	Gizi	39	1	40
6.	Keterapian Fisik	46	3	49
7.	Keteknisan Medis	331	3	334
8.	Non Medis	733	52	785
<b>Jumlah</b>		<b>3.050</b>	<b>89</b>	<b>3.139</b>

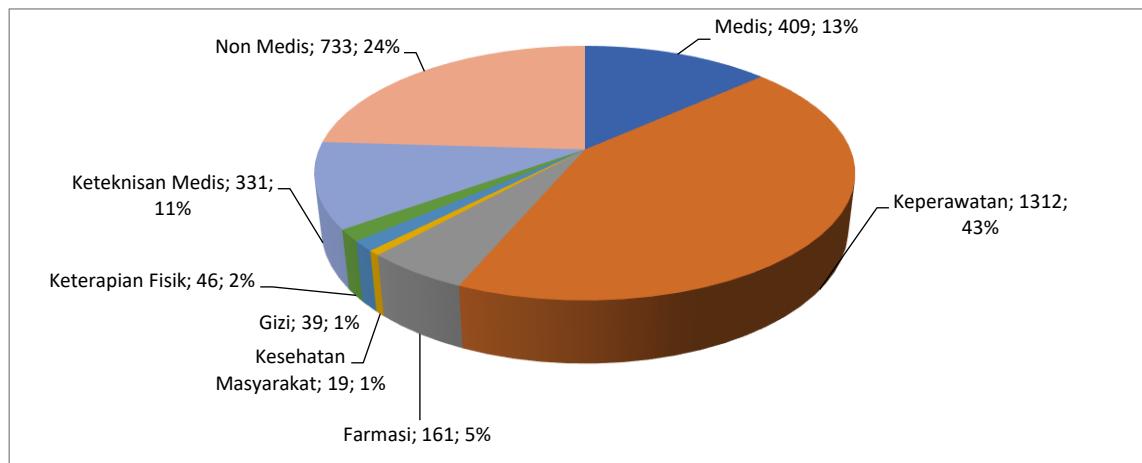
Berdasarkan tabel 1.3 diatas total SDM RSUP Dr. Sardjito sebesar 3.139 pegawai yang terdiri dari 3.050 pegawai RSUP Dr. Sardjito di Yogyakarta dan

89 pegawai di UPF Tawangmangu atau 2,8% dari total pegawai dengan rincian sebagai berikut.

1) Data SDM RSUP DR Sardjito di Yogyakarta

Tabel 1.4. Data SDM RSUP DR Sardjito di Yogyakarta  
Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024

No	Tenaga	PNS	PPPK	Non ASN Tetap	Non ASN Kontrak	Dokter Mitra RSS	Dokter Mitra Purna	Dokter Mitra BKO	PKWT	Total
1	Medis	217	20			33	19	120		409
2	Keperawatan	778	230	18	1				285	1.312
3	Farmasi	82	60	3	1				15	161
4	Kesehatan Masyarakat	15	4							19
5	Gizi	26	8	1					4	39
6	Keterapian Fisik	37	6	3						46
7	Keteknisan Medis	201	57	36					37	331
8	Non Medis	494	23	155	145				16	733
<b>Total</b>		<b>1.850</b>	<b>408</b>	<b>216</b>	<b>147</b>	<b>33</b>	<b>19</b>	<b>120</b>	<b>357</b>	<b>3.050</b>



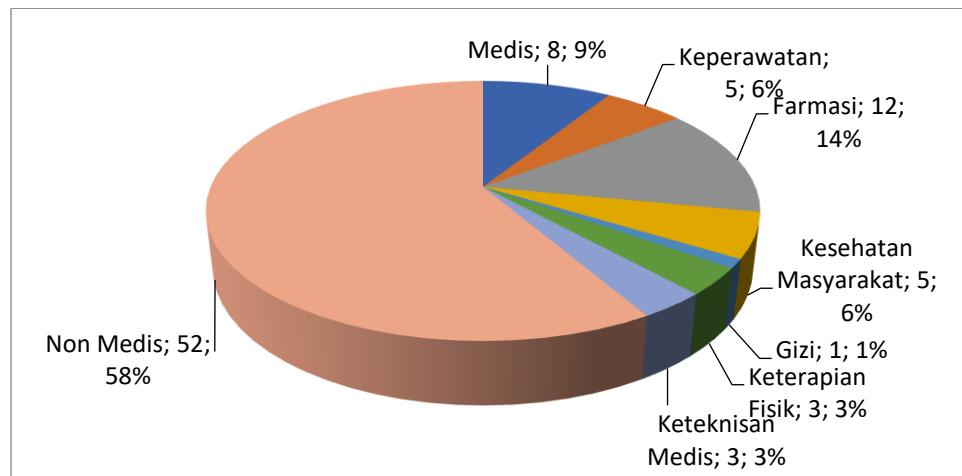
Gambar 1.3. Data SDM RSUP DR Sardjito di Yogyakarta  
Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024

Dari Tabel 1.4. dan Gambar 1.3. di atas tampak bahwa jenis ketenagaan Keperawatan mempunyai jumlah terbanyak sebesar 43% dan jenis ketenagaan gizi mempunyai jumlah paling sedikit sebesar 1%.

## 2) Data SDM di UPF Tawangmangu

Tabel 1.5. Data SDM UPF Tawangmangu Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024

Tenaga	PNS	PPPK	PKWT	Jumlah
Medis	8			8
Keperawatan	1	1	3	5
Farmasi	10	1	1	12
Kesehatan Masyarakat	1		4	5
Gizi	1			1
Keterapi Fisik	1		2	3
Keteknisian Medis	1		2	3
Non Medis	40	3	9	52
<b>Jumlah</b>	<b>63</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>89</b>



Gambar 1.4. Data SDM UPF Tawangmangu Berdasarkan Jenis Ketenagaan Tahun 2024

Dari Tabel 1.5. dan Gambar 1.4. di atas nampak bahwa jenis ketenagaan di UPF Tawangmangu, Non Medis mempunyai jumlah terbanyak sebesar 58% (pengadministrasian umum, analisis data) dan jenis ketenagaan gizi mempunyai jumlah paling sedikit sebesar 1%.

Selain jumlah SDM di rumah sakit seperti yang diuraikan diatas, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah Sakit Pendidikan dalam pelaksanaan fungsi pendidikan dan penelitian telah menerima peserta didik sebanyak 2.665 orang pada tahun 2024 yang terinci sesuai Tabel 1.6. di bawah ini.

Tabel 1.6. Data Peserta Didik Tahun 2024

No.	Jenis	Jumlah
1.	Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)	1.490
2.	Program Pendidikan Subspesialis (Sp2)	135
3.	Koas	519
4.	Keperawatan/ Kebidanan/ Keperawatan Gigi (D3,D4)	240
5.	Farmasi (S1, S2)	47
6.	Ners	132
7.	Dietisien (D3,D4,S1)	10
8.	Rekam Medis (D3)	9
9.	Fisioterapi, Ortotik Prostetik, Terapi Wicara (D3,D4)	20
10.	Teknik Radiologi	28
11.	Analisis Kesehatan dan Biomedis	34
12.	Nakes lain	1
<b>Jumlah</b>		<b>2.665</b>

Dari Tabel 1.6. di atas terlihat jumlah peserta didik yang paling banyak di RSUP Dr. Sardjito adalah PPDS dikarenakan RSUP Dr. Sardjito merupakan Rumah Sakit Pendidikan Utama dari FKMK-UGM, dengan rincian sesuai Tabel 2.9. di bawah ini :

Tabel 1.7. Peserta Didik Berdasarkan Prodi Tahun 2024

No	Program Studi	Jumlah	
		SP-1	SP-2
1.	Anestesiologi & Terapi Intensif	121	27
2.	Ilmu Bedah	79	20
3.	Ilmu Bedah Anak	31	
4.	Ilmu Bedah Toraks dan Vaskuler	6	
5.	Jantung dan Pembuluh Darah	95	
6.	Bedah Syaraf	33	
7.	Kedokteran Forensik & Medikolegal	14	
8.	Obstetri dan Ginekologi	79	13
9.	Ilmu Kesehatan Mata	71	
10.	THT-KL	43	
11.	Urologi	62	
12.	Ilmu Kesehatan Anak	122	31
13.	Ilmu Kesehatan Jiwa	88	
14.	Ilmu Penyakit Dalam	155	44
15.	Neurologi	83	
16.	Dermatologi & Venereologi	56	
17.	Radiologi	161	
18.	Patologi Klinik	85	
19.	Patologi Anatomi	31	
20.	Orthopedi dan Traumatologi Klinik	50	
21.	Mikrobiologi Klinik	25	
<b>Total</b>		<b>1.490</b>	<b>135</b>

Dari Tabel 1.7. di atas terlihat jumlah peserta didik sejumlah 1.490 SP1, dan 135 orang SP2, yang paling banyak di RSUP Dr. Sardjito adalah PPDS Radiologi dan Ilmu Penyakit Dalam.

## **G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS**

Dalam rangka 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 Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Dr Sardjito merupakan Rumah Sakit Vertikal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal dan secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Pendidikan Kelas A, PPK BLU, dan RS Rujukan Tingkat Nasional, dengan cakupan pelayanan tidak terbatas di DIY, Provinsi Jawa Tengah Bagian Selatan, Provinsi Jawa Barat Bagian Timur dan Provinsi Jawa Timur Bagian Barat, namun sampai ke seluruh provinsi di Indonesia dari Sumatra, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, NTT sampai Papua. Rumah sakit 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.

RS Vertikal milik Kementerian Kesehatan, RS Sardjito mengemban amanah untuk melaksanakan 3 pilar transformasi yang akan menjadi pilar strategis dalam mewujudkan visi dan misi. Pilar tersebut adalah (1) Layanan terbaik level Asia, (2) Pengampu layanan prioritas, dan (3) Pendidikan, pelatihan, serta penelitian. Adapun permasalahan yang dihadapi dalam mewujudkan 3 pilar transformasi tersebut adalah:

1. Pengalaman Pasien sebagai Faktor Penentu Kepuasan Pelanggan belum optimal.

Kepuasan pasien bergantung pada pengalaman pasien selama mereka berinteraksi dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Semakin baik pengalaman pasien, akan semakin tinggi tingkat kepuasan pasien. Pengalaman pasien mencakup semua aspek perjalanan mereka dalam menerima layanan kesehatan, mulai dari pendaftaran hingga perawatan dan tindak lanjut. Permasalahan yang dihadapi adalah belum optimalnya pemenuhan aspek-aspek utama yang mempengaruhi pengalaman dan kepuasan pasien seperti:

- a. Aksesibilitas dan Kemudahan Layanan: Masih adanya keluhan pasien tentang belum belum terpenuhinya kebutuhan untuk mendapatkan layanan yang cepat, mudah diakses, dan minim hambatan administratif secara optimal.
- a. Kualitas Interaksi dengan Tenaga Medis: masih adanya keluhan pasien tentang empati, komunikasi yang jelas, serta perhatian yang diberikan oleh dokter dan perawat sangat memengaruhi kepuasan pasien.
- b. Fasilitas dan Kenyamanan: Ruang tunggu yang nyaman, kebersihan rumah sakit/klinik, serta lingkungan yang ramah pasien berkontribusi pada pengalaman yang lebih positif.
- c. Keamanan dan Kepercayaan: Pasien lebih puas jika mereka merasa aman dan percaya bahwa mereka mendapatkan perawatan terbaik.
- d. Teknologi dan Inovasi dalam Layanan: Adanya layanan digital seperti konsultasi online, rekam medis elektronik, dan sistem antrean yang efisien dapat meningkatkan pengalaman pasien.

2. Program pengampuan pelayanan kesehatan untuk penyakit prioritas belum berjalan optimal.

Program pengampuan pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan ke seluruh Indonesia sesuai dengan wilayah pengampuan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Keberhasilan program pengampuan di wilayah pengampuan sangat bergantung dengan kerjasama dengan Pemerintah Daerah di wilayah pengampuan tersebut.

3. Pemanfaatan hasil penelitian dalam peningkatan pelayanan belum optimal.

Telah banyak penelitian yang dilakukan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan, baik dalam aspek klinis, operasional, maupun pengalaman pasien. Namun pemanfaatan hasil penelitian dalam membuat keputusan berbasis data untuk meningkatkan kualitas layanan, efisiensi, serta keselamatan pasien dirasakan belum optimal.

Strategi yang direncanakan adalah memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan waktu pelayanan, sarana prasarana pendukung layanan, melakukan pengampuan pelayanan untuk penyakit prioritas melalui kegiatan pendampingan pelayanan di rs pengampuan melalui proctorship, mentoring fellowship, melakukan pendidikan pelatihan serta penelitian untuk mendukung pengembangan pelayanan melalui pembentukan Central Research Unit (CRU) disamping melakukan pengembangan pelayanan dan diferensiasi jenis layanan didukung dengan digitalisasi dan tata kelola keuangan dan organisasi yang optimal.

## **H. SISTEMATIKA PELAPORAN**

Sistematika penyajian Laporan Kinerja RSUP Dr Sardjito Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

### **Bab I Pendahuluan**

Bab ini menyajikan latar belakang, tujuan, dasar hukum penyusunan laporan kinerja. Kemudian menjelaskan umum mengenai struktur organisasi, tugas dan fungsi, sumber daya manusia, serta aspek strategis dan isu strategis RSUP Dr Sardjito tahun 2024.

### **Bab II Perencanaan Kinerja**

Bab ini menyajikan uraian singkat Renstra RSUP Dr Sardjito Tahun 2020-2024, Perjanjian Kinerja Tahun 2024 RSUP Dr. Sardjito dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Rencana Kinerja dan Pagu Anggaran Tahun 2024.

### **Bab III Akuntabilitas Kinerja**

Bab ini menyajikan informasi capaian kinerja organisasi tahun 2024, serta pencapaian target indikator kinerja yang telah diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024, beserta analisis mengenai kendala dan strategi peningkatan kinerja di tahun berikutnya. Realisasi Anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

### **Bab IV Penutup**

Bab ini menyajikan kesimpulan atas capaian kinerja RSUP Dr Sardjito serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerja di tahun berikutnya.

# BAB II

# PERENCANAAN

# KINERJA



## **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.

Tujuan merupakan rumusan kondisi yang akan dicapai pada akhir periode perencanaan sebagai bagian dari perwujudan visi. Adapun tujuan RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2020-2024 adalah:

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

Dalam mencapai setiap tujuan, maka ditetapkan sasaran strategis dan indikator kinerja utama sebagai berikut:

1. **Tujuan-1:** Mewujudkan pelayanan kesehatan yang prima berfokus pada pasien dengan cakupan pangsa pasar global:

**Tujuan ini dicapai melalui Sasaran Strategis berikut:**

- a. Terwujudnya kepuasan stakeholder.

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan
- 2) Angka kepuasan pelanggan
- 3) Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

- b. Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit
- 2) Persentase NDR di rumah sakit vertikal
- 3) Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit
- 4) Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis
- 5) % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
- 6) Capaian hasil survey budaya keselamatan
- 7) Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

2. **Tujuan-2:** Mewujudkan pendidikan bermartabat yang bersinergi dengan pelayanan dan pengabdian masyarakat

**Tujuan ini dicapai melalui Sasaran Strategis berikut:**

- a. Terwujudnya tata Kelola RS Pendidikan yang bermartabat

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan
- 2) Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS
- 3) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

- b. Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit

Indikator yang di ukur adalah:

Jumlah Rumah sakit yang dibina dan mencapai strata utama

3. **Tujuan-3:** Mewujudkan inovasi dan penelitian dalam berbagai bidang untuk mencapai pelayanan yang bermutu sejalan dengan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

**Tujuan ini dicapai melalui Sasaran Strategis berikut:**

Terwujudnya stratifikasi pelayanan

Indikator yang di ukur adalah:

- a. Persentase peningkatan kunjungan pasien non-JKN
- b. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional
- c. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna

4. **Tujuan-4:** Mewujudkan SDM yang berkarakter, berbudaya, berbudi pekerti luhur dan profesional untuk mewujudkan pelayanan yang unggul.

**Tujuan ini dicapai melalui Sasaran Strategis berikut:**

- a. Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun
- 2) Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO-BERAKHLAK

- b. Terwujudnya sarana prasarana RS yang memadai

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Persentase alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
- 2) Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standar
- 3) Utilitas alat kesehatan

- c. Terwujudnya digitalisasi dan administrasi yang terintegrasi

Indikator yang di ukur adalah:

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

- d. Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat

Indikator yang di ukur adalah:

- 1) Maturitas BLU
- 2) Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
- 3) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
- 4) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
- 5) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni
- 6) Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

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/controle*: konsistensi dengan strategi perusahaan; *continuous improvement*: menunjukkan upaya perbaikan berkelanjutan.

Pada dokumen RSB 2020 – 2024 yang ditetapkan 29 Januari 2020 terdapat perubahan IKU dari tahun ke tahun. Perubahan IKU pada tahun 2024 dilakukan dalam rangka perbaikan kinerja dengan memilih IKU yang memenuhi kriteria SMART selain adanya indikator baru berasal dari indikator direktif UPT Vertikal yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan surat bernomor PR.03.02/D.I/1211/2024 tertanggal 2 Februari 2024. Rekapitulasi IKU dari tahun 2020 hingga 2024 dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1. Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama				
	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Perspektif Konsumen</b>					
1. Terwujudnya kepuasan stakeholder	1. Angka kepuasan pelanggan	1. Angka kepuasan pelanggan	1. Angka kepuasan pelanggan	1. Angka kepuasan pelanggan	1. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan 2. Angka kepuasan pelanggan 3. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien
<b>Perspektif Proses Bisnis Internal</b>					
2. Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	2. Nett Death Rate 3. Infeksi Daerah Operasi 4. Persentase KSM yang menerapkan 5 evaluasi Standar Pelayanan Klinis	2. Nett Death Rate 3. Infeksi Daerah Operasi 4. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	2. Angka Pembatalan Operasi 3. Infeksi Daerah Operasi 4. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	2. Penundaan waktu operasi elektif termasuk Indikator Nasional Mutu pada IKU tahun 2024 3. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal ; sudah tercapai 4. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang 5. Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit 6. Persentase penurunan jumlah kematian di rumah sakit 7. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan 8. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik 9. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap 10. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (kanker, jantung, stroke, urologi-nefrologi) 11. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	4. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit 5. Persentase NDR di rumah sakit vertikal 6. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit 7. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis 8. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target 9. Capaian hasil survei budaya keselamatan 10. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama				
		2020	2021	2022	2023	2024
					12. Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol (sudah tercapai dan dipantau oleh KMKP melalui indikator mutu rumah sakit)	
3.	Terwujudnya tata Kelola RS Pendidikan yang bermartabat	5. Angka kepuasan peserta didik 6. Jumlah translational research	5. Angka kepuasan peserta didik 6. Jumlah translational research	5. Angka kepuasan peserta didik 6. Jumlah translational research	13. Kepatuhan supervise DPJP terhadap peserta didik (tetap dipantau, melalui indikator KSM OPPE dengan perbaikan Definisi Operasional dan metode pengukuran) 14. Implementasi translational research: indikator yang akan diwadahi dalam indikator penelitian genomic dan publikasi penelitian pada tahun 2024) 15. Terselenggaranya layanan berbasis Genomik sesuai dengan kekhususan Hubs 16. Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	11. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan 12. Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS 13. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS
4.	Terwujudnya layanan unggulan	7. Jumlah produk layanan yang dikembangkan	7. Jumlah produk layanan yang dikembangkan	7. Jumlah produk layanan yang dikembangkan		
	Terwujudnya stratifikasi pelayanan				17. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat utama 18. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit) 19. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (diperbaiki dengan indikator baru persentase peningkatan pasien non JKN)	14. Persentase peningkatan kunjungan pasien non-JKN 15. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional 16. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama				
	2020	2021	2022	2023	2024
				20. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	
5. Terwujudnya kemitraan dengan institusi lain/masyarakat	8. Jumlah kegiatan webinar 9. Frekuensi pertemuan koordinasi layanan rujukan	8. Jumlah kegiatan webinar 9. Frekuensi pertemuan koordinasi layanan rujukan	8. Frekuensi pertemuan koordinasi layanan		
Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit				21. Peningkatan pemenuhan level stratifikasi pelayanan rumah sakit 22. Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	17. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama
<b>Perspektif Pengembangan SDM dan Organisasi</b>					
6. Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya	10. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional 11. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	10. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional 11. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	9. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional 10. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	23. Persentase SDM sesuai standar RS tipe A pendidikan dan rujukan nasional 24. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun 25. Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO-BERAKHLAK	18. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun 19. Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO-BERAKHLAK
7. Tersedianya sarana, prasarana, dan alat yang memadai	12. Overall Equipment Effectiveness (OEE)	12. Overall Equipment Effectiveness (OEE)	11. Overall Equipment Effectiveness (OEE)		
Terwujudnya sarana prasarana RS yang memadai				26. Utilitas alat Kesehatan 27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	20. Persentase alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama				
	2020	2021	2022	2023	2024
8. Terwujudnya sistem IT terintegrasi di RS	13. Persentase terpenuhinya kebutuhan IT (terintegrasi)	13. Persentase terpenuhinya kebutuhan IT (terintegrasi)	12. Persentase terpenuhinya kebutuhan IT (terintegrasi)	28. Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT vertikal sesuai standar	21. Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standar 22. Utilitas alat kesehatan
Terwujudnya digitalisasi dan administrasi yang terintegrasi				29. Integrasi back office dan front office 30. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital 31. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehabs medik) dan farmasi.	23. Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehabs medik) dan farmasi
<b>Perspektif Keuangan</b>					
9. Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat	14. Rasio kas (Cash Ratio) 15. Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO)	14. Rasio kas (Cash Ratio) 15. Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO)	13. Rasio kas (Cash Ratio) 14. Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO)	32. Maturitas BLU 33. Rasio pendapatan PNBP terhadap biaya operasional (POBO) 34. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 35. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 36. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni 37. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU 38. Persentase Nilai EBITDA Margin	24. Maturitas BLU 25. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik 26. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 27. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 28. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni 29. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU 30. Persentase Nilai EBITDA Margin

Tabel 2.2. Matriks Rencana Strategis RSUP Dr Sardjito 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. Persentase capaian peningkatan kualitas	%	100%	-	-	-	-	100
		2. Angka kepuasan pelanggan	%	≥ 85	85	85	85	86	86
		3. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	%	≥ 80	-	-	-	-	80
2.	Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	1. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	%	80	-	-	-	-	80
		2. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	%	2,5	-	-	-	-	2,5
		3. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing – masing rumah sakit	laporan	2	-	-	-	-	2
		4. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	%	80	-	-	-	-	80
		5. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	%	100	-	-	-	-	100
		6. Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	%	75	-	-	-	-	75
		7. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	%	≥ 80	-	-	-	80	80
3.	Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat	1. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	%	10	-	-	-	-	10
		2. Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	layanan	3	-	-	-	1	3
		3. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	sampel	250	-	-	-	-	250
4.	Terwujudnya stratifikasi pelayanan	1. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	%	10	-	-	-	-	10
		2. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	layanan	1	-	-	-	-	1
		3. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna	layanan	1	-	-	-	-	5

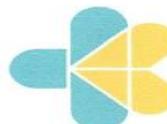
SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	SATUAN	STANDAR	TARGET				
					2020	2021	2022	2023	2024
5.	Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit	1. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	RS	1	-	-	-	-	1
6.	Terwujudnya SDM yang Profesional dan Berbudaya	1. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	%	> 60	81	82	83	84	84
		2. Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK	%	≥ 95	-	-	-	95	85
7.	Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai	1. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	%	90	-	-	-	-	90
		2. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	%	90	-	-	-	-	90
		3. Utilitas Alat Kesehatan	%	75	-	-	-	75	75
8.	Terwujudnya Digitalisasi dan Administrasi yang Terintegrasi	1. Persentase layanan 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	indeks	5	-	-	-	3.65	4.1
		2. Persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik	%	100	-	-	-	-	100
		3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	%	95	-	-	-	92.5	95
		4. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	%	90	-	-	-	95	90
		5. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	%	96	-	-	-	97	96
		6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	%	90	-	-	-	95	90
		7. Presentase nilai EBITDA Margin	%	20	-	-	-	20	20

Untuk tercapainya kinerja tersebut di atas, diperlukan arah kebijakan dan strategi serta program dan kegiatan guna mendukung terlaksananya tugas dan fungsi RSUP Dr Sardjito dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan mewujudkan outcome kinerja tahun 2020-2024.

## B. PERJANJIAN KINERJA

Usulan Perjanjian Kinerja Tahun 2024 RSUP Dr. Sardjito dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI telah disetujui oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tanggal 31 Januari 2024. Bukti Kontrak Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sesuai Tabel 2.3. di bawah ini.

Tabel 2.3. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024

<p style="text-align: center;"><b>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA</b> <b>DITJEN PELAYANAN KESEHATAN</b> <b>RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR SARDJITO YOGYAKARTA</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024</b></p>	
<p>Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:</p> <p>Nama : dr. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selanjutnya disebut pihak pertama</p> <p>Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., S.K.M., M.A.R.S Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: right;">Jakarta, 31 Januari 2024</p> <p>Pihak Kedua,  <b>dr. Azhar Jaya, S.H., S.K.M., M.A.R.S</b> NIP. 197106262000031002</p> <p>Pihak Pertama  <b>dr. Eniarti, M.Sc, Sp.KJ, M.M.R</b> NIP. 196901102001122002</p>	

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**  
**RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA**

<b>No.</b>	<b>Sasaran Program/Kegiatan</b>	<b>Indikator Kinerja</b>	<b>Target</b>
<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
1.	<b>TERWUJUDNYA KEPUASAN STAKEHOLDER</b>	1. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
		2. Angka kepuasan pelanggan	86 indeks
		3. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%
2.	<b>TERWUJUDNYA PELAYANAN YANG BERMUTU DAN BERORIENTASI PADA KESELAMATAN PASIEN</b>	4. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	80%
		5. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	2.5%
		6. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2 laporan
		7. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
		8. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		9. Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%
		10. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80%
3.	<b>TERWUJUDNYA TATA KELOLA RS PENDIDIKAN YANG BERMARTABAT</b>	11. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%
		12. Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 layanan
		13. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	250 sampel
4.	<b>TERWUJUDNYA STRATIFIKASI PELAYANAN</b>	14. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
		15. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan
		16. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna	5 layanan

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
5.	<b>TERWUJUDNYA PENGAMPUAN DAN PENGUATAN JEJARING PELAYANAN RUMAH SAKIT</b>	17. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS
6.	<b>TERWUJUDNYA SDM YANG PROFESIONAL DAN BERBUDAYA</b>	18. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	84%
		19. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK	85%
7.	<b>TERSEDIANYA SARANA PRASARANA RS YANG MEMADAI</b>	20. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%
		21. Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%
		22. Utilitas Alat Kesehatan	75%
8.	<b>TERWUJUDNYA DIGITALISASI DAN ADMINISTRASI YANG TERINTEGRASI</b>	23. Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%
9.	<b>TERWUJUDNYA KONDISI KEUANGAN RS YANG SEHAT</b>	24. Maturitas BLU	4.1 indeks
		25. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
		26. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		27. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%
		28. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		29. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%
		30. Persentase nilai EBITDA Margin	20%

<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 1.432.977.755.000,00
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 139.374.337.000,00
<b>Total</b>	<b>Rp. 1.572.352.092.000,00</b>

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,



**dr. Azhar Jaya, S.H., S.K.M., M.A.R.S**  
NIP. 197106262000031002

Pihak Pertama,



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

### C. PAGU ANGGARAN

Seperti yang tercantum di dalam Perjanjian Kinerja RSUP Dr Sardjito, dijelaskan bahwa Total anggaran RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024 sebesar Rp.1.572.352.092.000 sesuai DIPA Awal No. SP DIPA- 024.04.2.415582/2024 yang terbit tanggal 30 November 2023, pada perjalanan waktu selama Tahun 2024 DIPA RSUP Dr. Sardjito mengalami revisi sebanyak 10 kali sesuai No. SP.DIPA-024.04.2.415582/2024 yang terbit tanggal 27 Desember 2024 dengan total anggaran terakhir sebesar Rp1.808.936.576.000 yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp1.639.339.917.000 dan Program Dukungan Manajemen Rp.169.596.659.000.

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024 berdasarkan DIPA TA.2024 revisi ke-10 Nomor: SP DIPA- 024.04.2.415582/2024 terbit pada tanggal 27 Desember 2024 sebesar Rp1.808.936.576.000 yang berasal dari sumber dana Rupiah Murni sebesar Rp169.596.659.000. Sumber dana PNBP BLU sebesar Rp1.361.053.664.000,-. Penggunaan saldo awal Rp63.361.728.000 untuk belanja obat-obatan dan AMPH/ BMHP, dan sumber dana Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp278.286.253.000,-



# 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 pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit; (f) terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya; (g) terwujudnya 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 30 (tiga puluh) 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 30 indikator kinerja yang diperjanjikan, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai target yaitu: *Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*, *Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*, *Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*, *Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU*, dan *Persentase nilai EBITDA Margin* sehingga capaian IKU/KPI RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024 sebesar 83%.

Hasil pengukuran kinerja RSUP Dr Sardjito Tahun 2024 berdasarkan sasaran strategis dengan hasil sebagai berikut :

### 1. Indikator Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

a. Definisi Operasional Indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan :

- 1) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan adalah kecepatan pemberi layanan melakukan penanganan terhadap keluhan non-medis
- 2) Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit.
- 3) Terpenuhi jika capaian 100%
- 4) Keluhan Non Medis meliputi keluhan terkait administrasi, sarana prasarana, SDM (etika dan perilaku), Farmasi ( waktu tunggu, ketersediaan obat).

b. Formula Indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan :

$$\frac{\text{Jumlah keluhan kategori non medis yang ditanggapi } < 24 \text{ jam}}{\text{Jumlah seluruh keluhan kategori non medis}} \times 100\%$$

- c. Indikator ini merupakan indikator direktif Ditjen Yankes pada tahun 2024, adapaun realisasi indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan Tahun 2020-2024 yang diukur melaui respon penanganan keluhan non medis sesuai Tabel 3.1 dibawah ini:

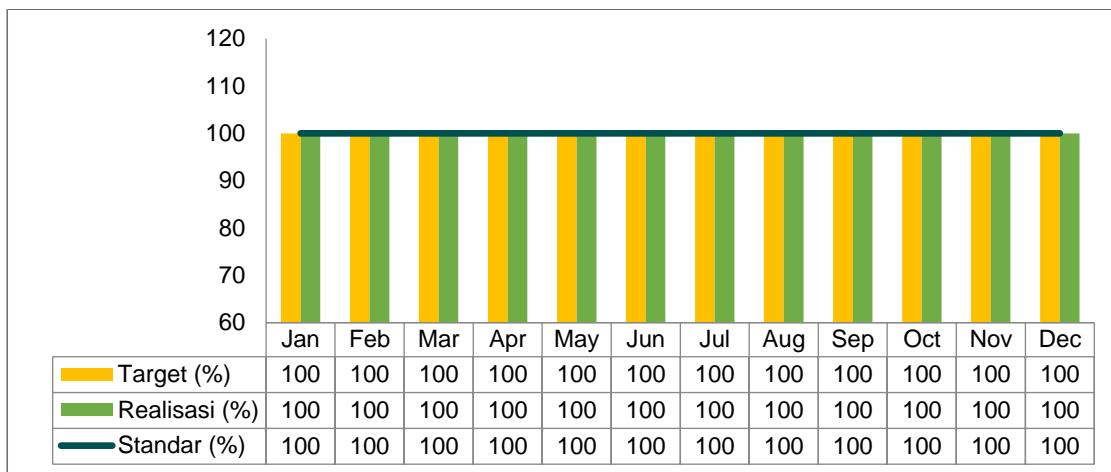
Tabel 3.1. Indikator persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

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

Adapun data jumlah keluhan kategori non medis yang ditindaklanjuti dalam waktu kurang 24 jam setiap bulan selama tahun 2024 sebagaimana tabel di bawah ini:

Tabel 3.2. Indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan Tahun 2024

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	100%	100%	22	22	100%	100%
2.	Februari	100%	100%	28	28	100%	100%
3.	Maret	100%	100%	13	13	100%	100%
4.	April	100%	100%	29	29	100%	100%
5.	Mei	100%	100%	30	30	100%	100%
6.	Juni	100%	100%	17	17	100%	100%
7.	Juli	100%	100%	16	16	100%	100%
8.	Agustus	100%	100%	23	23	100%	100%
9.	September	100%	100%	27	27	100%	100%
10.	Oktober	100%	100%	35	35	100%	100%
11.	November	100%	100%	39	39	100%	100%
12.	Desember	100%	100%	31	31	100%	100%
Total 2024		100%	100%	310	310	100%	100%



Grafik 3.1. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan  
Tahun 2024

Dari Tabel 3.1 dan Tabel 3.2 dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan Tahun 2024 sebesar 100% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 100% dengan capaian kinerja sebesar 100% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan Tahun 2024 sebesar 100% sesuai standar nasional sebesar 100%.
- 3) Pada Tahun 2020 – 2023 indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis penyebab keberhasilan

Seluruh upaya yang dilakukan oleh RSUP Dr. Sardjito ditujukan untuk meningkatkan kepuasan seluruh stakeholder, baik upaya peningkatan sarana prasarana, pemenuhan kebutuhan alat kesehatan maupun pemenuhan dan pengembangan sumber daya manusia. Secara detail penyebab keberhasilan indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan diantaranya adalah :

- 1) Telah dilakukannya pelatihan *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.
- 2) Pengelolaan keluhan non medis dilakukan setiap hari dengan melibatkan satuan kerja terkait ( Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana, Bagian Tata Usaha Rumah Tangga, ISIMRS, Instalasi Pelayanan Pasien Jaminan, Instalasi Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Instalasi Farmasi, Tim Kerja SDM,

Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3, dan satuan kerja lain), untuk dapat dilakukan perbaikan segera dan mencegah berulangnya kembali keluhan pelanggan.

- 3) 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, media sosial, dan website rumah sakit agar pengaduan dapat ditanggapi dengan cepat.
- 4) Memberikan kemudahan informasi tentang layanan rumah sakit dengan mencantumkan nomor PIC pada *e-leaflet* dan di laman depan website agar mudah diakses masyarakat, *Whatsapp* interaktif layanan rumah sakit 24 jam di nomor 082127221303 dan 08112753005, kontak *center* 1500705.
- 5) Data keluhan non medis sebagai masukan dari pelanggan disampaikan ke jajaran direksi dan ke satuan kerja terkait untuk perbaikan pelayanan.
- 6) Dukungan manajemen rumah sakit terhadap perbaikan layanan administrasi, perbaikan sarana prasarana rumah sakit, perbaikan Tata Kelola farmasi, dll. Sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan melalui KPI Transformasi Rumah Sakit Vertikal Inisiatif 3: Penanganan Keluhan dan Kepuasan, yang harus dilaksanakan dan dipantau secara berkala oleh rumah sakit.
- 7) Pengembangan teknologi pelayanan pendukung seperti: Pendaftaran *online*, Layanan *Contact Center* 1500705, perbaikan layanan parkir valet dan penambahan gedung parkir, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan, dll.

e. Kendala

- 1) Informasi terutama identitas dan lokus yang disampaikan pada pengaduan tidak lengkap, sehingga membutuhkan waktu untuk koordinasi kembali dengan pengadu.
- 2) Respon balik dari satuan kerja sudah ada peningkatan namun masih ada beberapa satuan kerja yang kurang cepat dan tanggap.
- 3) Informasi pelayanan yang kurang *Up to Date* melalui media digital.
- 4) Edukasi petugas medis dokter, perawat dan staf kepada pasien kurang komunikatif. Budaya komunikasi efektif antara petugas dan pasien/ keluarga pasien belum optimal.
- 5) Belum optimalnya kontrol sistem ketersediaan obat yang baik dan penyerahan obat kepada pasien. Ketersediaan stok obat sering kosong, kurangnya

sosialisasi kebijakan RS tentang layanan obat kepada dokter DPJP, edukasi dan dobel cek saat pemberian obat.

- 6) Belum optimalnya kontrol pemeliharaan fasilitas penunjang kesehatan. Jadwal pemeliharaan fasilitas penunjang kesehatan kurang optimal.

f. Upaya Solusi

- 1) Optimalisasi kepatuhan terhadap prosedur serta monitoring dan evaluasi berjenjang setiap satuan kerja.
- 2) Mewujudkan perilaku kerja proaktif, kooperatif, supportif, serta peka terhadap situasi dan pelayanan.
- 3) Pemantauan informasi layanan pada media digital secara berkala oleh tim kerja terkait.
- 4) Perbaikan kepatuhan DPJP terhadap janji penjadwalan pelayanan dan edukasi yang komprehensif kepada pasien
- 5) Perbaikan manajemen layanan obat baik dari sisi komunikasi saat penyerahan obat maupun sistem stok opname obat
- 6) Pemeliharaan fasilitas penunjang pelayanan ditingkatkan dan dilakukan pengecekan secara berkala.
- 7) Peningkatan fasilitas pendukung layanan di berbagai satuan kerja, terutama fasilitas umum seperti sistem antrian pelayanan pasien poliklinik, antrian pasien rawat inap dan komunikasi yang baik untuk menghindari informasi yang tidak tepat.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Masyarakat dapat menyampaikan keluhan secara online melalui berbagai media, dengan adanya teknologi informasi mereka mudah mendapatkan akses sehingga tidak perlu datang ke rumah sakit. Dengan penggunaan media teknologi informasi (online sistem) pengaduan/complain maka dapat dilakukan:

- 1) Efisiensi biaya cetak lembar komplain, sehingga berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit. Penggunaan kertas HVS pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 dan 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 Rp99.844.250,00. Serapan tahun 2024 jumlah kertas 1.047 rim dengan nilai Rp51.727.500,00. Dari tahun 2022 ke tahun 2023, terjadi efisiensi sebesar 60% dengan nilai Rp 149.641.250,00. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 35,3% dengan nilai Rp48.116.750,00. Efisiensi kertas pada tahun 2023 dan

2024 sangat dipengaruhi oleh penggunaan kertas bekas pakai dan pemakaian Teknologi Informasi/ dokumen elektronik.

- 2) Efisiensi waktu dan jangkauan dalam pengumpulan data komplain dan penanganannya karena tidak memerlukan waktu untuk mengumpulkan lembar cetak komplain yang terdistribusi di seluruh area rumah sakit.
- 3) Efisiensi SDM pengumpul data komplain, tidak memerlukan SDM untuk mengambil, mengumpulkan dan mencatat ulang komplain yang sudah masuk sebagai data yang harus dipantau dan ditindaklanjuti.

## **2. 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)
<b>1</b>	<b>1,00 – 2,5996</b>	<b>25,00 – 64,99</b>	<b>D</b>	<b>Tidak baik</b>
<b>2</b>	<b>2,60 – 3,064</b>	<b>65,00 – 76,60</b>	<b>C</b>	<b>Kurang baik</b>
<b>3</b>	<b>3,0644 – 3,532</b>	<b>76,61 – 88,30</b>	<b>B</b>	<b>Baik</b>
<b>4</b>	<b>3,5324 – 4,00</b>	<b>88,31 – 100,00</b>	<b>A</b>	<b>Sangat baik</b>

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 diisi baik melalui google form maupun *hardcopy* dan menghitung nilai indeks kepuasan pelanggan.

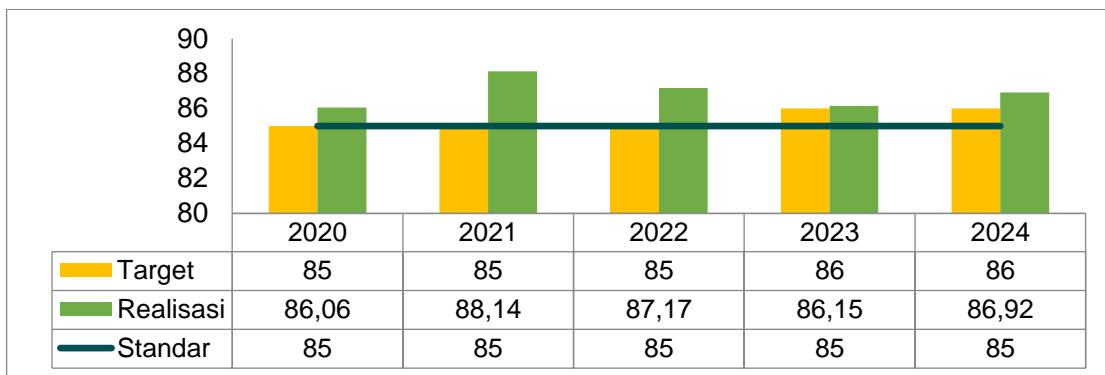
Pengumpulan data kepuasan Peserta didik, Mitra kerja dan SDM dilakukan tiap 3 bulan sekali, sedangkan pengumpulan data kepuasan masyarakat dilakukan 1 bulan sekali.

- 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 3.2. dibawah ini.

Tabel 3.3. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2024

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
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	100,17%
5.	2024		86	86,92	101,07%

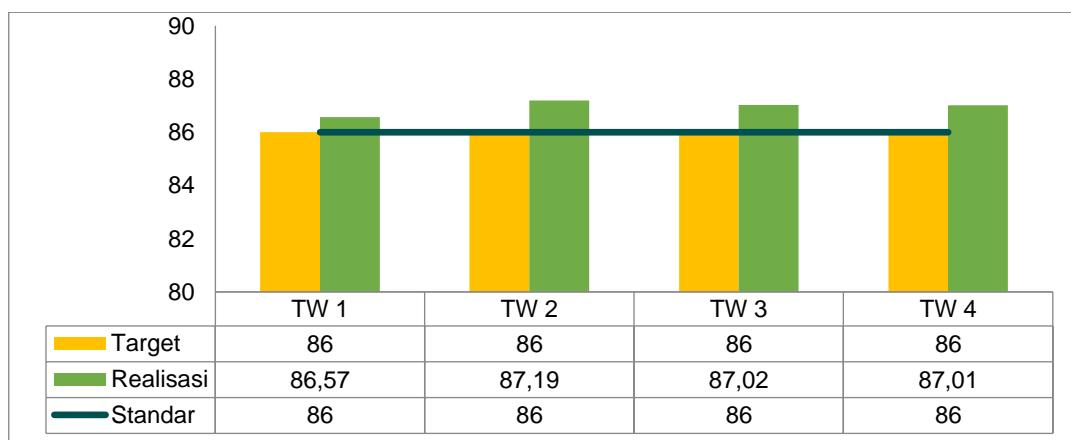


Grafik 3.2. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2020-2024

Adapun realisasi indikator angka kepuasan pelanggan setiap triwulan selama tahun 2024 sebagai berikut:

Tabel 3.4. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan Tahun 2024

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	86 indeks	86 indeks	172422,36	49792	86,57	100,7%
2.	Februari						
3.	Maret						
4.	April	86 indeks	86 indeks	136823,83	39232	87,19	101,4%
5.	Mei						
6.	Juni						
7.	Juli	86 indeks	86 indeks	159093,50	45706	87,02	101,2%
8.	Agustus						
9.	September						
10.	Oktober	86 indeks	86 indeks	135707,31	38990	87,01	101,2%
11.	November						
12.	Desember						



Grafik 3.3. Realisasi Indikator Angka Kepuasan Pelanggan per bulan Tahun 2024

Dari Tabel 3.3. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator angka kepuasan Tahun 2024 sebesar 86,92 telah melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 86 dengan capaian kinerja sebesar 101,07% dibandingkan target.

- 2) Realisasi Tahun 2024 sebesar 86,92 lebih tinggi apabila dibandingkan dengan realisasi tahun 2023 sebesar 86,15 dan telah melebihi standar nasional sebesar 85.
- 3) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2024 sebesar 86,92 capaian ini lebih tinggi dibanding realisasi Tahun 2023 (86,15) namun lebih rendah dibandingkan tahun 2022 sebesar 87,17.
- 4) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan Tahun 2024 sebesar 86,92, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 86, sehingga realisasi Tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di Tahun 2024 sebesar 101,07%.
- 5) Selama Tahun 2024, survey kepuasan pelanggan per triwulan di atas 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 prasarana, 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* 1500705, perbaikan layanan parkir valet dan penambahan gedung parkir, makin baiknya waktu tunggu pelayanan rawat jalan, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan, transparansi remunerasi, kesempatan pengembangan SDM, penjadwalan SDM Farmasi saat peak time, 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* interaktif layanan rumah sakit 24 jam di nomor 082127221303 dan 08112753005, kontak *center* 1500705. Layanan Wijaya Kusuma 082136841456, Sardjito Estetik Center 587333 ext 1350, Layanan eksekutif Amarta 081326910246, dan Layanan eksekutif Alamanda 082241397701.
- 6) Sesuai dengan Permen PAN-RB di atas, maka hasil survei kepuasan masyarakat RSUP Dr. Sardjito sudah diinformasikan kepada publik melalui website [sardjito.co.id](http://sardjito.co.id), ditempel di setiap ruang layanan, dashboard rumah sakit, dan sosial media melalui Instagram.
- 7) Hasil survei yang dilakukan sebagai masukan dari pelanggan disampaikan ke jajaran direksi dan ke satuan kerja terkait untuk perbaikan pelayanan.
- 8) 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), tahun 2024 dengan nilai 87,86 (B=Baik).
- 9) 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 BerAkhlik. 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

- 1) Kurangnya minat pelanggan untuk mengisi survei dan keterbatasan kemampuan pasien/ keluarga tentang IT di HP masing masing. Pasien rawat jalan yang mau mengisi link survei Kepuasan pelanggan masih dibawah

- 10%, rata-rata pasien yang mengisi link adalah pasien yang memberikan komplain negative. Pasien yang merasa puas terlayani jarang mengisi link.
- 2) Jumlah sampel pada satuan kerja kurang proporsional, keterlibatan petugas pelayanan melakukan edukasi kepada responden kurang optimal.
  - 3) Waktu tunggu pelayanan rawat jalan, farmasi, dan waktu untuk mendapatkan ruang rawat inap masih lama karena jam kedatangan dokter tidak sesuai jadwal, keterbatasan jumlah ruang rawat inap dibanding dengan jumlah pasien pada kasus tertentu
  - 4) Kurangnya penyediaan sarana prasarana untuk mendukung pencapaian kinerja pegawai dan proses pendidikan bagi peserta didik.
  - 5) Kurangnya keterbukaan penilaian kepada peserta didik
  - 6) Belum adanya sistem reward/ penghargaan kepada pegawai
  - 7) Kurangnya kecepatan layanan dalam proses kerja sama / kemitraan
  - 8) Sarana parkir yang tersedia, lokasinya jauh dari tempat layanan.

f. Upaya Solusi

- 1) Penyebaran kuesioner survei menggunakan WA blast terutama untuk satuan kerja yang jumlah respondennya masih rendah.
- 2) 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
- 3) Di rawat jalan: Setiap pagi petugas informasi mengingatkan pasien/ keluarga untuk mengisi link melalui speaker di setiap poliklinik
- 4) Pemberian umpan balik hasil survei ke satuan kerja oleh Tim Kerja Hukmas dan OSDM
- 5) Koordinasi di tingkat direktorat untuk upaya perbaikan layanan
- 6) Pengawasan kepatuhan jadwal dokter, serta pengaturan jadwal SDM untuk pelayanan pada lokasi dan jam tertentu
- 7) Peningkatan sosialisasi jam pelayanan sesuai jam pada pendaftaran online
- 8) Pendataan dan penyediaan fasilitas yang bersifat urgent untuk mendukung kinerja pegawai
- 9) Meningkatkan peran AOC di setiap satuan kerja yang terprogram oleh SDM
- 10) Peningkatan kinerja dalam hal ketepatan waktu pelaksanaan klaim pembayaran kepada mitra kerja.
- 11) Peningkatan komunikasi antara pendidik dan peserta didik terkait proses pembelajaran dan penilaian

- 12) Peningkatan jumlah area untuk free wifi yang dapat diakses oleh peserta didik dan pengunjung rumah sakit.
- 13) Menyiapkan kendaraan untuk mengantar pengunjung di lingkungan rumah sakit.

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. Publikasi hasil survei dilakukan secara online melalui website, dashboard, sosial media, dan scan barcode.

- 1) Efisiensi biaya cetak lembar survei berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit. Efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 dan 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 Rp99.844.250,00. Serapan tahun 2024 jumlah kertas 1.047 rim dengan nilai Rp51.727.500,00. Dari tahun 2022 ke tahun 2023, terjadi efisiensi sebesar 60% dengan nilai Rp 149.641.250,00. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 35,3% dengan nilai Rp48.116.750,00. Efisiensi kertas pada tahun 2023 dan 2024 sangat dipengaruhi oleh penggunaan kertas bekas pakai dan pemakaian Teknologi Informasi/ dokumen elektronik.
- 2) Efisiensi waktu dan jangkauan dalam pengumpulan data komplain dan penanganannya.
- 3) Efisiensi SDM pengumpul data komplain

### 3. Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien:

- 1) **Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar** terdiri dari 4 aspek, yaitu :
  - a) Parkir
    - i. Zonasi parkir untuk pasien, 70% dari kapasitas parkir  
Area parkir kendaraan untuk Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap paling sedikit 70% dari kapasitas parkir yang ada di rumah sakit.

Area parkir kendaraan untuk pasien rawat jalan dibuka mulai pukul 06.30 s.d 19.00

ii. Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00

Membuat zonasi yang terdiri atas area parkir kendaraan: 1) Pasien rawat jalan; 2) Pasien rawat inap; 3) Karyawan; 4) Dokter; dan 5) Residen/mahasiswa; Pembuatan garis marka parkir di seluruh area parkir; Pemisahan untuk pintu masuk dan pintu keluar baik untuk kendaraan roda dua maupun kendaraan roda empat;

iii. Pembayaran *cashless*

Pembayaran secara digital menggunakan berbagai platform

iv. Pemanfaatan *valet parking*

Dapat disediakan sendiri atau bekerjasama dengan pihak ketiga

v. Tempat pick up dan drop off yang nyaman

Tempat drop off dan pick up harus nyaman serta aman bagi pasien atau pengunjung; Titik *drop off* dan *pick up* diusahakan tidak berdekatan dengan pintu masuk utama kecuali untuk pasien berkebutuhan khusus; dan Pemisahan antara pintu masuk bagi kendaraan pasien atau pengunjung yang akan melakukan drop off dengan pintu masuk bagi pasien atau pengunjung yang akan memarkirkan kendaraannya di area parkir kendaraan

b) Ruang Tunggu, point yang dinilai adalah:

- Ukuran minimal 1-1,5 orang/m<sup>2</sup>,
- tersedia informasi antrian pasien,
- tersedia TV,
- sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik.

c) Taman: Tersedia ruang terbuka hijau Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung maupun luar Gedung dalam bentuk vertikal

d) Toilet

- Pengecekan rutin

Dilakukan pengecekan rutin setiap jam, terdapat kartu monitoring. Toilet tidak berbau, terjaga kebersihannya, air mengalir 24 jam, tersedia sabun dan tissue, tersedia penerangan yang cukup, ada ventilasi dan exhaust fan, ada tempat sampah

- Tersedia toilet untuk yang berkebutuhan khusus

Toilet untuk pengguna berkebutuhan khusus, mudah diakses bagi orang dengan berbagai jenis kebutuhan khusus, pintu cukup lebar, ukuran cukup, terdapat pegangan tangan

**2) Persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit**

- 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  $\leq 120$  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 urine di laboratorium, EKG, pemeriksaan foto rontgen, *medical check-up*. Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam  $<120$  menit dari *check in* di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Orthopedi 180 menit)

- 3) **Perbaikan pengalaman pasien** adalah: Penjumlahan dari Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar ditambah dengan Persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit, dibagi 2 (dua).

b. Formula perhitungan Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien:

- 1) Persentase Fasilitas Pendukung yang memenuhi standar menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung.

$$\text{Rumus} = (\text{jumlah skor}/400) \times 100\%$$

Tabel 3.5. skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung

Area	Item	Kesesuaian	Skor
Parkir	1. Zonasi parkir untuk pasien, 70% dari kapasitas parkir	Sesuai	20
		Tidak Sesuai	10
	2. Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00	Sesuai	20
		Tidak Sesuai	10
	3. Pembayaran <i>cash/less</i>	Sesuai	20
		Tidak Sesuai	10
	4. Pemanfaatan <i>valet parking</i>	Sesuai	20
		Tidak Sesuai	10
	5. Tempat <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman	Sesuai	20
		Tidak Sesuai	10
Taman	Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung maupun luar Gedung dalam bentuk vertikal	$\geq 30\%$	100
		$20 > RTH < 30\%$	75
		$10 > RTH < 20\%$	50
		$0 > RTH < 10\%$	25
Toilet	1. Pengecekan rutin	Sesuai	50
		Tidak sesuai	25
	2. Tersedia toilet untuk yang berkebutuhan khusus	Sesuai	50
		Tidak sesuai	25
Ruang Tunggu	1. Ukuran minimal 1 - 1,5m <sup>2</sup> /orang	Sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	2. Disediakan TV dan sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik	Sesuai	60
		Tidak sesuai	30
	3. Tersedia informasi antrian pasien	Sesuai	20
		Tidak sesuai	10

Perhitungan persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar = (jumlah skor/400) x 100%

- 2) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

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

- a) Inklusi: Pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan  $\leq 120$  menit
- b) Eksklusi:
  - i. Pasien rawat jalan dengan pemeriksaan penunjang
  - ii. Pasien dengan Tindakan
  - iii. Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan, atau setelah pemanggilan sebanyak 3 kali
  - iv. Resep dengan 1 atau lebih jenis resep racikan

- v. Masalah sistem informasi yang harus dikoordinasikan dengan SIMRS
- vi. Multi klinik

3) Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

*Persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar +*

*Persentase waktu layanan end – to – end*

*tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit*

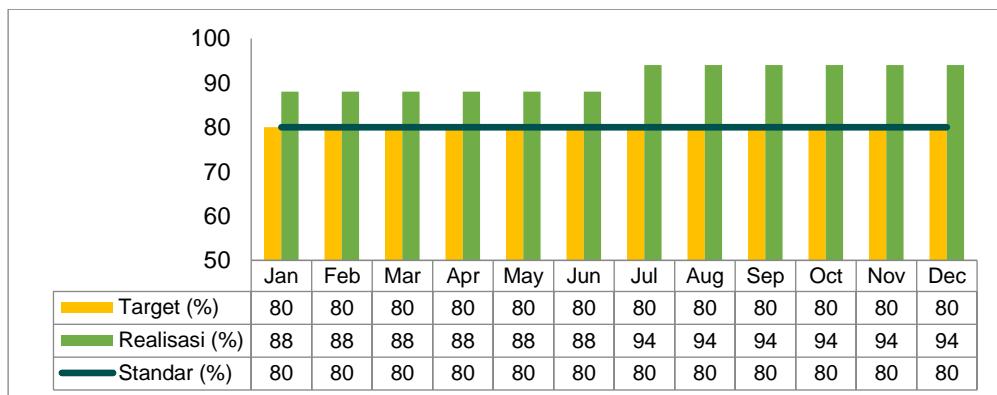
$\frac{2}{2} \times 100\%$

Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan

- c. Realisasi indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien sesuai Tabel 3.6 di bawah ini.

Tabel 3.6. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Numerator	Denumerator	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	Januari	80%	80%	350	400	88%	110%
2.	Februari	80%	80%	350	400	88%	110%
3.	Maret	80%	80%	350	400	88%	110%
4.	April	80%	80%	350	400	88%	110%
5.	Mei	80%	80%	350	400	88%	110%
6.	Juni	80%	80%	350	400	88%	110%
7.	Juli	80%	80%	375	400	94%	117%
8.	Agustus	80%	80%	375	400	94%	117%
9.	September	80%	80%	375	400	94%	117%
10.	Oktober	80%	80%	375	400	94%	117%
11.	November	80%	80%	375	400	94%	117%
12.	Desember	80%	80%	375	400	94%	117%
<b>Tahun 2024</b>			<b>375</b>	<b>400</b>		<b>94%</b>	<b>117%</b>

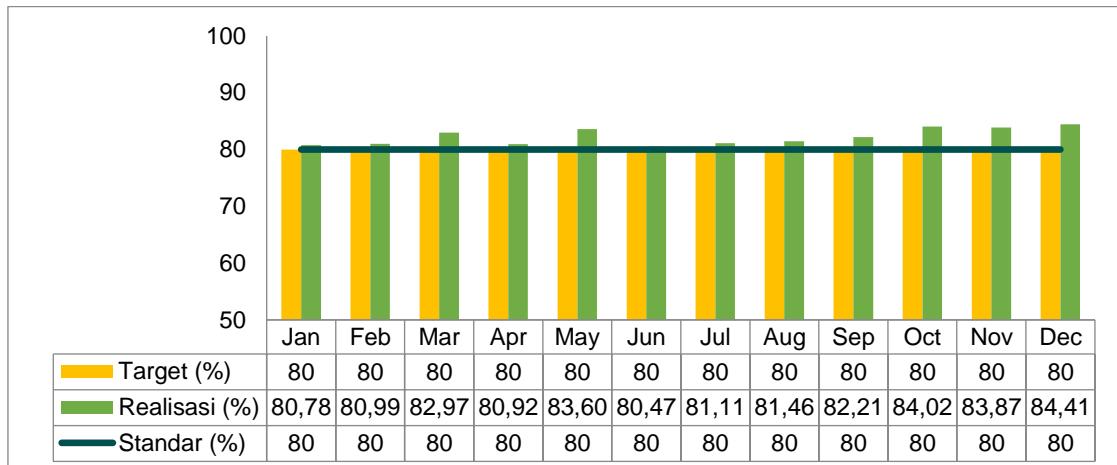


Grafik 3.4. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar

- b. Realisasi Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2024 sesuai Tabel 3.7. di bawah ini.

Tabel 3.7. Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2024

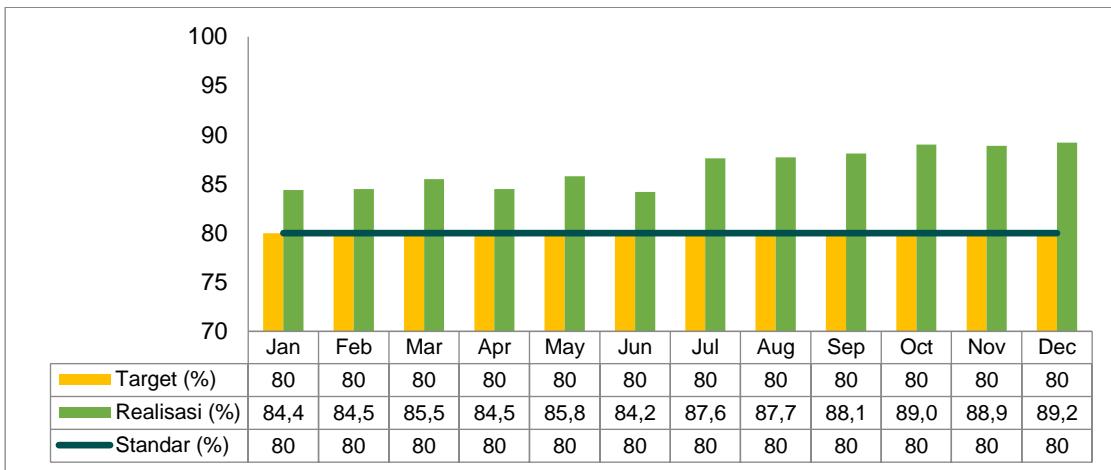
No	Bulan	Standar	Target	Realisasi		
				Num	Denum	Nilai
1.	Januari	80%	80%	29.813	36.905	80,78%
2.	Februari	80%	80%	30.808	38.041	80,99%
3.	Maret	80%	80%	34.585	41.682	82,97%
4.	April	80%	80%	31.894	39.414	80,92%
5.	Mei	80%	80%	47.704	57.061	83,60%
6.	Juni	80%	80%	20.027	24.886	80,47%
7.	Juli	80%	80%	48.976	60.379	81,11%
8.	Agustus	80%	80%	40.901	50.209	81,46%
9.	September	80%	80%	38.427	46.742	82,21%
10.	Oktober	80%	80%	39.993	47.597	84,02%
11.	November	80%	80%	29.513	35.191	83,87%
12.	Desember	80%	80%	31.560	37.389	84,41%
<b>Tahun 2024</b>				<b>424.201</b>	<b>515.496</b>	<b>82,29%</b>



Grafik 3.5. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2024

Tabel 3.8. Realisasi Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien Tahun 2024

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Realisasi	
1.	Januari	80%	80%	168,8%	2	84,4%	105,5%
2.	Februari	80%	80%	169,0%	2	84,5%	105,6%
3.	Maret	80%	80%	171,0%	2	85,5%	106,9%
4.	April	80%	80%	168,9%	2	84,5%	105,6%
5.	Mei	80%	80%	171,6%	2	85,8%	107,3%
6.	Juni	80%	80%	168,5%	2	84,2%	105,3%
7.	Juli	80%	80%	175,1%	2	87,6%	109,4%
8.	Agustus	80%	80%	175,5%	2	87,7%	109,7%
9.	September	80%	80%	176,2%	2	88,1%	110,1%
10.	Oktober	80%	80%	178,02%	2	89,01%	111,3%
11.	November	80%	80%	177,87%	2	88,9%	111,2%
12.	Desember	80%	80%	178,41%	2	89,21%	111,51%
<b>Tahun 2024</b>				<b>176,29%</b>	<b>2</b>	<b>88,14%</b>	<b>110,18%</b>



Grafik 3.6. Realisasi Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien Tahun 2024

Dari Tabel 3.3. dan 3.4 dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien Tahun 2024 sebesar 88,14% lebih baik dibandingkan target dan standar nasional 80% dengan capaian sebesar 110,18%.
  - 2) Pada Tahun 2020 – 2023 indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- c. Analisis Penyebab Keberhasilan Indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien :
- 1) Faktor yang menjadi penyebab keberhasilan fasilitas pendukung yang memenuhi standar adalah:
    - Rumah sakit telah membangun dua buah Gedung parkir motor dengan kapasitas 1000 dan 1500 motor. Dengan selesainya Pembangunan Gedung parkir motor, maka Gedung parkir mobil sudah digunakan kembali sesuai peruntukannya sehingga bisa menambah kapasitas parkir mobil sebesar 105 mobil. Perbaikan layanan parkir valet.
    - Dengan selesainya pembangunan Gedung Kesehatan Ibu Anak, telah dilakukan perubahan alur masuk kendaraan, dan memindahkan gate parkir ke dalam gedung parkir untuk memperlancar arus lalu lintas di lingkungan rumah sakit.
    - Dengan selesainya Gedung Kesehatan Ibu Anak, lahan terbuka hijau bertambah 2625,47 M<sup>2</sup>, sehingga menjadi 29.306,21 M<sup>2</sup> atau 28,40% dari total luas lahan rumah sakit.

- Perbaikan metode kebersihan toilet di rumah sakit dengan perbaikan kompetensi petugas kebersihan, pemilihan chemical berdasarkan rekomendasi vendor kebersihan dan peningkatan monitoring dengan menggunakan QR Code yang diletakkan di masing-masing kamar toilet.
  - Telah dilakukan perbaikan layout ruang tunggu dengan desain modern pada gedung KIAT dan akan diterapkan pada gedung selanjutnya.
- 2) 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, digitalisasi dalam semua aspek pelayanan. Implementasi dari kebijakan yang sudah ditetapkan dengan cara koordinasi antar tim kerja.
  - Penataan SDM di Farmasi dengan mobilisasi SDM dari rawat inap ke rawat jalan untuk memperbaiki waktu tunggu di Farmasi. Perbaikan sistem IT untuk membantu pencarian resep.
  - Penetapan pemanjangan pelayanan di poliklinik akan memecah antrian di farmasi.

d. Kendala

- Tata kelola parkir di area Layanan eksekutif masih dilakukan secara manual karena kondisi lahan dan akan dilakukan penataan gedung yang dilakukan secara bertahap sesuai pentahapan master plan.
- Akses pengunjung dari gedung parkir ke lokasi layanan jauh dan belum ada jalur khusus pejalan kaki.
- Luas ruang terbuka hijau saat ini belum sesuai ketentuan karena menunggu pentahapan master plan, dengan target sesuai master plan 64,5% tertuang dalam KMK No HK.01.07/Menkes/166/2024 tentang Rencana Induk (Master Plan) Pengembangan Bangunan RSUP Dr Sardjito.
- Realisasi Indikator Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebenarnya sudah mencapai di atas ketentuan/ target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu 82,29%, dengan persentase capaian 102,9%. Namun demikian masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :
  - 1) Belum semua pasien melakukan pendaftaran online saat periksa ke rumah sakit, sehingga terjadi penumpukan pasien di jam-jam tertentu di beberapa poliklinik

- 2) Belum semua pasien mematuhi waktu kehadiran sesuai jadwal yang sudah ditentukan.
- 3) Antrian obat di Farmasi pada saat peak time sudah membaik tetapi masih lebih lama dari waktu yang ditentukan. Sarana tempat Farmasi di Gedung Kesehatan Ibu Anak sempit sehingga alur layanan farmasi belum optimal.

e. Upaya Solusi

- 1) Penggunaan tiketing *parkir mobile* di area parkir Layanan Eksekutif
- 2) Saat ini untuk menjangkau lokasi layanan dari gedung parkir, menggunakan *shuttle bus* dan *golf car*.
- 3) Optimalisasi pendaftaran online pasien yang periksa ke rumah sakit dengan meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat melalui *website*, Instagram, atau media sosial.
- 4) Adanya reminder jadwal dokter di HP masing-masing, melakukan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP apabila ada jadwal yang bersamaan.
- 5) Notifikasi kehadiran pasien sesuai antrian saat pendaftaran *online*
- 6) Penerapan pelayanan farmasi *paperless* di seluruh lantai rawat jalan dan penataan SDM dengan mobilisasi SDM di Farmasi.
- 7) Pemanjangan pelayanan poliklinik dengan penjadwalan praktek dokter terbagi menjadi 2 shift sehingga kedatangan pasien dapat terdistribusi dengan merata sesuai jam praktek atau jam periksa dan juga akan memecah antrian di farmasi

f. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) 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, sehingga terjadi efisiensi penggunaan kertas dan kecepatan pelayanan.
- 2) Efisiensi biaya cetakan kartu pasien. Pada tahun 2022 biaya cetakan kartu pasien senilai Rp 67.539.000,-, pada tahun 2023 dan 2024 sudah tidak mencetak kartu pasien karena sudah beralih ke *QR Code* dan *Klik Sardjito Aja*.
- 3) Efisiensi biaya cetak beberapa formulir Rekam Medis pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 sebagai berikut: Serapan tahun 2023 dengan nilai Rp226.365.900. Serapan tahun 2024 dengan nilai Rp190.935.000. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 16% dengan nilai Rp35.430.900.

4. **Indikator Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit**

- a. Definisi operasional Indikator Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 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 menumbung, gagal vakum/ forcep, *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 janin (*immediate threat to life*), yaitu *solusio placenta* dan VBAC/PBS (dihapus).
- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

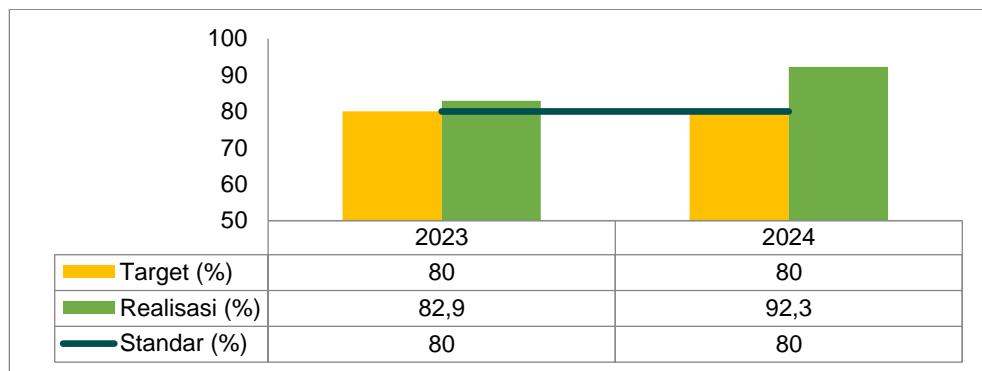
$$\frac{\text{Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit}}{\text{Total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 di RS}} \times 100\%$$

Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2

- c. Realisasi Indikator Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit Tahun 2020-2024 sesuai Tabel 3.9. di bawah ini.

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

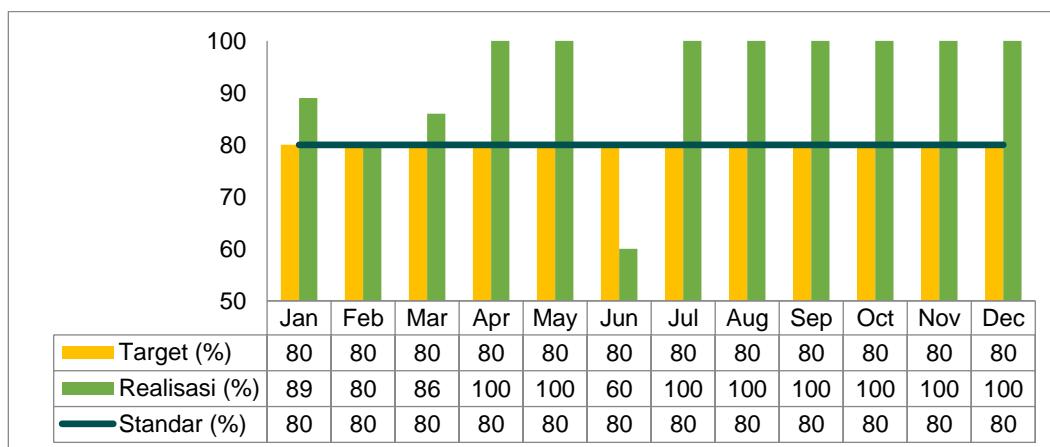
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	$\geq 80\%$	80%	82,9%	103,63%
5.	2024	$\geq 80\%$	80%	92,3%	115,38%



Grafik 3.7. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

Tabel 3.10. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

No	Bulan	Standar Nasional		Target	Realisasi			Capaian Kinerja
		Num	Denum		Realisasi			
1.	Januari	80%	80%	8	9	89%	111%	
2.	Februari	80%	80%	4	5	80%	100%	
3.	Maret	80%	80%	6	7	86%	107%	
4.	April	80%	80%	5	5	100%	125%	
5.	Mei	80%	80%	9	9	100%	125%	
6.	Juni	80%	80%	3	5	60%	75%	
7.	Juli	80%	80%	4	4	100%	125%	
8.	Agustus	80%	80%	2	2	100%	125%	
9.	September	80%	80%	4	4	100%	125%	
10.	Oktober	80%	80%	6	6	100%	125%	
11.	November	80%	80%	7	7	100%	125%	
12.	Desember	80%	80%	2	2	100%	125%	
<b>Tahun 2024</b>		<b>80%</b>	<b>80%</b>	<b>60</b>	<b>65</b>	<b>92,3%</b>	<b>115%</b>	



Grafik 3.8. Indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit

Dari Tabel 3.8. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Waktu tanggap operasi SC Emergency < 30 menit Tahun 2024 sebesar 92,3% telah melebihi target dan standar yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian kinerja sebesar 115,4% dibandingkan target.

- 2) Realisasi indikator Waktu tanggap operasi SC *Emergency* < 30 menit Tahun 2024 sebesar 92,3% telah melebihi standar Nasional yang ditetapkan sebesar 80%.
- 3) Realisasi Tahun 2024 sebesar 92,3% lebih tinggi dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023 sebesar 82,9% dan telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%.
- 4) Capaian bulanan masih naik turun, 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.
- 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.1/18354/2022 tentang Tim Penanggulangan Kegawatdaruratan Maternal-Perinatal/ Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (Tim PONEK RSUP Dr Sardjito).
- 2) Dukungan manajemen berupa Penyediaan OK PJT Maternal untuk operasi SC Emergency yang berada dekat dengan ruang maternal
- 3) 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) SOP SC emergensi belum dilaksanakan dengan baik oleh tim anestesi karena keterbatasan SDM, sehingga penggunaan OK PJT belum maksimal untuk pasien maternal.
- 2) SOP Ponek terkait alat, obat, darah secara terintegrasi belum tersosialisasi dengan baik.

f. Upaya Solusi

- 1) Rakor tim PONEK untuk menyamakan persepsi kembali tentang kepatuhan pencapaian respon time kurang dari 30 menit
- 2) 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.
- 3) Pemenuhan peralatan, AMHP, BMHP yang dibutuhkan OK Maternal PJT
- 4) Sosialisasi SOP Ponek terintegrasi yang sudah diupdate agar kepatuhan dalam pelaksanaan pengaktifan timer prosedur crash ponek dan pengisian link lebih meningkat dan tertib.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Pada tahun 2024 hasil pemeriksaan laboratorium seluruh pasien termasuk pasien emergensi sudah tidak menggunakan cetakan kertas, tetapi sudah paperless di EMR sehingga berkontribusi terhadap penurunan penggunaan cetakan formulir Rekam Medis. Pada tahun 2021, biaya cetakan formulir Rekam Medis sebesar Rp1.117.305.800,-. Setelah menggunakan EMR sudah sangat menurun. Biaya pada tahun 2023 sebesar Rp 226.365.900,-, pada tahun 2024 sebesar Rp190.935.000,-, terjadi efisiensi sebesar 15,65%.
- 2) 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.
- 3) 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.

## 5. Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

- a. Definisi operasional Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal  
Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan

\*catatan

Jika capaian NDR RS tahun 2024  $\geq 2,5\%$  maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%

Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024

- b. Formula perhitungan NDR sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang dirawat lebih dari 48 jam}}{\text{Jumlah pasien keluar rawat inap (hidup + mati)}} \times 100\%$$

Jika capaian NDR RS tahun 2024  $\geq 2,5\%$  maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%

- c. Formula perhitungan persentase penurunan NDR

Persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024

- d. Realisasi Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal Tahun 2020-2024 sesuai Tabel 3.10. di bawah ini.

Tabel 3.11. Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	> 2,5%	2,5%	6,07%	41,2%
5.	2024	> 2,5%	2,5%	5,5%	45,5%

Tabel 3.12. Indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi		
				Num	Denum	Nilai
1.	Januari	2,5%	2,5%	214	4.087	5,2%
2.	Februari	2,5%	2,5%	452	7.974	5,7%
3.	Maret	2,5%	2,5%	689	11.998	5,7%
4.	April	2,5%	2,5%	890	15.418	5,8%
5.	Mei	2,5%	2,5%	1.079	19.361	5,6%
6.	Juni	2,5%	2,5%	1.298	23.181	5,6%
7.	Juli	2,5%	2,5%	1.515	27.361	5,5%
8.	Agustus	2,5%	2,5%	1.738	31.621	5,5%
9.	September	2,5%	2,5%	1.961	35.578	5,5%
10.	Oktober	2,5%	2,5%	2.198	40.106	5,5%
11.	November	2,5%	2,5%	2.434	44.557	5,5%
12.	Desember	2,5%	2,5%	2.688	49.036	5,5%

Tabel 3.13. Persentase Penurunan NDR di Rumah Sakit Vertikal

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi		
				Num (NDR 2023)	Denum (NDR 2024)	Nilai
1.	Januari	1,5%	1,5%	5,7%	5,2%	0,48%
2.	Februari	1,5%	1,5%	5,6%	5,7%	-0,03%
3.	Maret	1,5%	1,5%	5,7%	5,7%	-0,04%
4.	April	1,5%	1,5%	6,0%	5,8%	0,28%
5.	Mei	1,5%	1,5%	6,0%	5,6%	0,39%
6.	Juni	1,5%	1,5%	6,0%	5,6%	0,45%
7.	Juli	1,5%	1,5%	6,0%	5,5%	0,50%
8.	Agustus	1,5%	1,5%	6,1%	5,5%	0,63%
9.	September	1,5%	1,5%	6,1%	5,5%	0,63%
10.	Oktober	1,5%	1,5%	6,1%	5,5%	0,63%
11.	November	1,5%	1,5%	6,1%	5,5%	0,63%
12.	Desember	1,5%	1,5%	6,1%	5,5%	0,63%

Dari Tabel 3.12. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal Tahun 2024 5,5% lebih tinggi dari target yang ditetapkan sebesar 2,5% dengan persentase realisasi capaian kinerja sebesar 45,5% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase penurunan NDR di Rumah Sakit Tahun 2024 menurun 0,63% lebih rendah dari target dan Standar Nasional yang ditetapkan sebesar 1,5% dengan persentase realisasi capaian kinerja sebesar 42% dari target yang ditetapkan
- 3) Dari hasil perhitungan diatas, capaian NDR rumah sakit belum mencapai target.
- 4) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

e. Analisis Penyebab Ketidakberhasilan (Kendala):

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 dengan severity level 2-3, 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*

f. 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) Meningkatkan kualitas pelayanan DPJP dan fasilitas pendukung, dan melakukan penanganan pasien terintegrasi.
- 2) Melaksanakan pemantauan pasien dengan lebih baik, melalui peningkatan kemampuan tenaga kesehatan dalam mengenali dan memberikan upaya penanganan kegawatan sesuai *Early Warning System (EWS)* sehingga risiko kematian dapat diminimalisir.
- 3) Meningkatkan komunikasi dengan rumah sakit jejaring/ perujuk melalui SISRUTE untuk penapisan pasien Paliatif yang lebih cermat.
- 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*.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Dengan sistem IT rujukan saat ini, di samping terjadi efektifitas dan efisiensi juga lebih menjamin *patient safety* yang akan dirujuk ke rumah sakit. Dengan sistem rujukan ini, kondisi pasien sudah diketahui secara jelas dan kebutuhan perawatannya, sehingga rumah sakit sudah dapat mempersiapkan segala fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien termasuk SDM/ DPJP yang menangani.
- 2) 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.

## **6. Indikator Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit**

- a. Definisi Operasional Indikator Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

Sembilan (9) layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan adalah layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefologi, Diabetes Mellitus, Gastrohepatologi, Kesehatan Ibu Anak, Respira dan Tuberculosis, Penyakit Infeksi dan emerging.

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan.

Audit Medis adalah proses evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medisnya yang dilaksanakan oleh profesi medis.

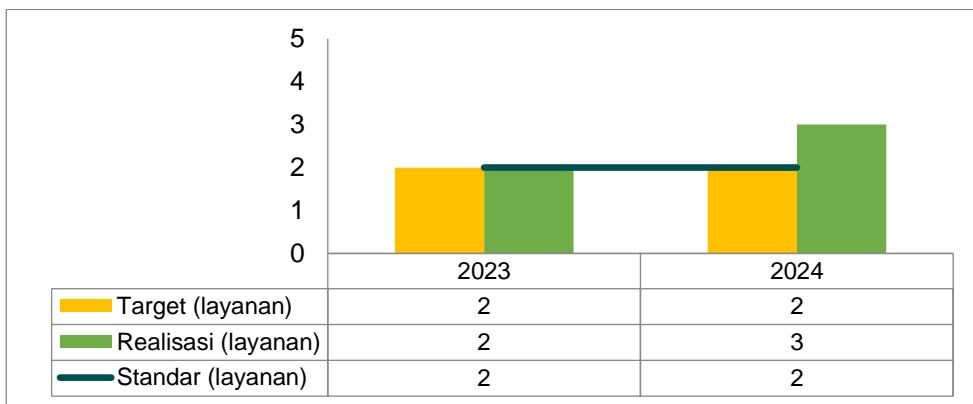
- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

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

- c. Realisasi indikator Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2020-2024 sesuai Tabel 3.14 di bawah ini.

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

No	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	2 kali	2 kali	2 kali	100%
5.	2024	2 laporan	2 laporan	3 laporan	150%



Grafik 3.9. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas

Dari Tabel 3.14. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2024 sebanyak 3 laporan melebihi target yang telah ditetapkan dengan capaian realisasi sebesar 150% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2024 sebanyak 3 laporan melebihi standar Nasional yang telah ditetapkan Tahun 2024 dengan capaian realisasi sebesar 150% dibandingkan target.
- 3) Realisasi indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit Tahun 2024 3 pelaporan, angka tersebut melebihi target jangka menengah Tahun 2024 yaitu 2 laporan.
- 4) Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di rumah sakit mengambil audit layanan kanker yaitu: Laporan Audit Medis Th 2023 Kanker Payudara Topik *Karsinoma Payudara Stadium I, II, IIIa* Yang Menjalani Mastektomi yang dilaporkan bulan Februari 2024, Laporan audit klinis nasional kanker payudara topik karsinoma payudara stadium I, II, IIIa yang menjalani mastektomi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024 yang dilaporkan bulan September 2024, dan Laporan audit klinis covid-19 di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang dilaporkan bulan September 2024.
- 5) Pada tahun 2020-2022, Indikator Pelaporan pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas 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 :

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 hasil audit belum menjadi kebutuhan tiap KSM dan SDM yang melakukan pengambilan data guna keperluan audit belum optimal.

f. Upaya solusi

- 1) Melakukan workshop penguatan audit klinis terintegrasi mengundang narasumber yang kompeten untuk membangun komitmen bersama dalam 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 Antibiotik), 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, dan pada Tahun 2024 biaya cetakan sebesar Rp190.935.000,- 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.

## 7. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

- Definisi Operasional Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Sesuai hasil desk dengan Direktorat Tata Kelola Kementerian Kesehatan, indikator yang akan dipantau adalah:

- 1) Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari
- 2) Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dengan *Clinical Pathway*
- 3) Terapi Fibrinolitik : “ *door to needle* “  $\leq$  30 menit pada pasien STEMI
- 4) Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay (LOS)*  $<$  7 hari
- 5) Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

- Formula perhitungan sebagai berikut

Tercapainya output klinis yaitu capaian indikator klinis terpilih  $>80\%$ .

Indikator Klinis terpilih sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas terpilih.

Rumus:

- terlebih dulu *cut-off* capaian indikator dikonversi ke 80%
- (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indikator klinis yang diukur)

$$\frac{\text{Jumlah output klinis layanan prioritas yang tercapai sesuai standar}}{\text{Jumlah output klinis layanan prioritas}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase tercapainya output klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas Tahun 2020-2024 sesuai Tabel 3.15. di bawah ini :

Tabel 3.15. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

No	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023				
5.	2024	80%	80%	100%	125%

- d. Realisasi indikator klinis layanan prioritas sesuai hasil *desk*
- 1) Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

Tabel 3.16. Indikator Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	≥ 80%	≥ 80%	3	3	100%	125%
2.	Februari	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
3.	Maret	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
4.	April	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
5.	Mei	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
6.	Juni	≥ 80%	≥ 80%	6	6	100%	125%
7.	Juli	≥ 80%	≥ 80%	6	6	100%	125%
8.	Agustus	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
9.	September	≥ 80%	≥ 80%	5	5	100%	125%
10.	Oktober	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
11.	November	≥ 80%	≥ 80%	8	8	100%	125%
12.	Desember	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%

Realisasi indikator Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari) Pada Tahun 2024 sudah tercapai sesuai target dan standar yang telah ditetapkan 80%.

- 2) Kanker : Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) Dengan *Clinical Pathway*

Tabel 3.17. Indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) Dengan *Clinical Pathway*

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	≥ 80%	≥ 80%	249	283	88,0%	110,0%
2.	Februari	≥ 80%	≥ 80%	214	265	80,8%	100,9%
3.	Maret	≥ 80%	≥ 80%	247	299	82,6%	103,3%
4.	April	≥ 80%	≥ 80%	262	310	84,5%	105,6%
5.	Mei	≥ 80%	≥ 80%	238	261	91,2%	114,0%
6.	Juni	≥ 80%	≥ 80%	245	283	86,6%	108,2%
7.	Juli	≥ 80%	≥ 80%	261	299	87,3%	109,1%
8.	Agustus	≥ 80%	≥ 80%	251	275	91,3%	114,1%
9.	September	≥ 80%	≥ 80%	220	247	89,1%	111,3%
10.	Oktober	≥ 80%	≥ 80%	268	302	88,7%	110,9%
11.	November	≥ 80%	≥ 80%	241	270	89,3%	111,6%
12.	Desember	≥ 80%	≥ 80%	193	215	89,8%	112,2%

Realisasi indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) Dengan *Clinical Pathway* Pada Tahun 2024 sudah tercapai sesuai target dan standar yang telah ditetapkan 80%.

- 3) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ *door to needle* “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI

Tabel 3.18. Indikator Terapi Fibrinolitik : “ *door to needle* “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	≥ 80%	≥ 80%	5	5	100%	125%
2.	Februari	≥ 80%	≥ 80%	7	7	100%	125%
3.	Maret	≥ 80%	≥ 80%	1	1	100%	125%
4.	April	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
5.	Mei	≥ 80%	≥ 80%	3	3	100%	125%
6.	Juni	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
7.	Juli	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
8.	Agustus	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
9.	September	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
10.	Oktober	≥ 80%	≥ 80%	4	4	100%	125%
11.	November	≥ 80%	≥ 80%	2	2	100%	125%
12.	Desember	≥ 80%	≥ 80%	5	5	100%	125%

Realisasi indikator Terapi Fibrinolitik : “ *door to needle* “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI Pada Tahun 2024 sudah tercapai sesuai target dan standar yang telah ditetapkan 80%.

- 4) Stroke : Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 hari

Tabel 3.19. Indikator Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 hari

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	≥ 80%	≥ 80%	26	31	83,9%	104,8%
2.	Februari	≥ 80%	≥ 80%	16	20	80,0%	100,0%
3.	Maret	≥ 80%	≥ 80%	14	17	82,4%	102,9%
4.	April	≥ 80%	≥ 80%	15	18	83,3%	104,2%
5.	Mei	≥ 80%	≥ 80%	21	24	87,5%	109,4%
6.	Juni	≥ 80%	≥ 80%	27	30	90,0%	112,5%
7.	Juli	≥ 80%	≥ 80%	12	15	80,0%	100,0%
8.	Agustus	≥ 80%	≥ 80%	20	23	87,0%	108,7%
9.	September	≥ 80%	≥ 80%	13	16	81,3%	101,6%
10.	Oktober	≥ 80%	≥ 80%	19	21	90,5%	113,1%
11.	November	≥ 80%	≥ 80%	12	15	80,0%	100,0%
12.	Desember	≥ 80%	≥ 80%	10	12	83,3%	104,2%

Realisasi indikator Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 hari pada Tahun 2024 sudah tercapai sesuai target dan standar yang telah ditetapkan 80%.

- 5) Uronefro: Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

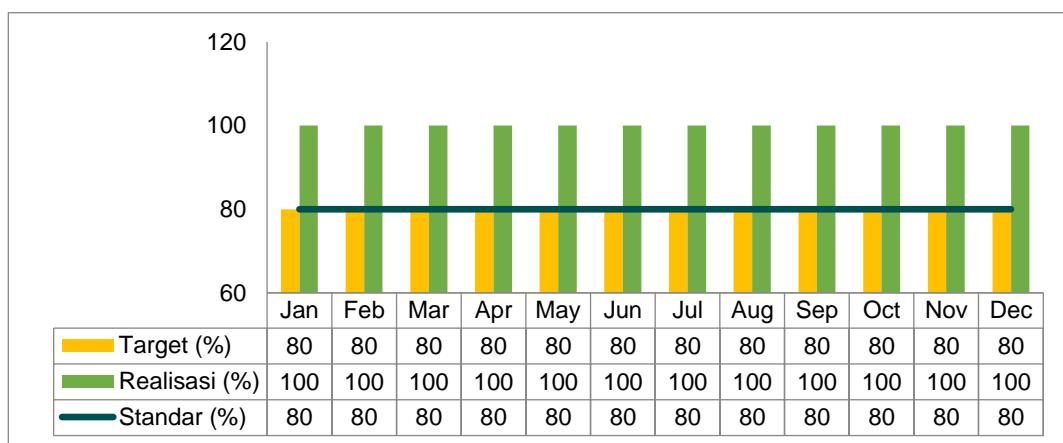
Tabel 3.20. Indikator Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	≥ 80%	≥ 80%	81	84	96,4%	120,5%
2.	Februari	≥ 80%	≥ 80%	93	95	97,9%	122,4%
3.	Maret	≥ 80%	≥ 80%	90	93	96,8%	121,0%
4.	April	≥ 80%	≥ 80%	117	117	100%	125,0%
5.	Mei	≥ 80%	≥ 80%	112	112	100%	125,0%
6.	Juni	≥ 80%	≥ 80%	59	59	100%	125,0%
7.	Juli	≥ 80%	≥ 80%	98	98	100%	125,0%
8.	Agustus	≥ 80%	≥ 80%	96	96	100%	125,0%
9.	September	≥ 80%	≥ 80%	84	84	100%	125,0%
10.	Oktober	≥ 80%	≥ 80%	139	139	100%	125,0%
11.	November	≥ 80%	≥ 80%	66	66	100%	125,0%
12.	Desember	≥ 80%	≥ 80%	51	51	100%	125,0%

Realisasi indikator Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam Pada Tahun 2024 sudah tercapai sesuai target dan standar yang telah ditetapkan 80%.

Tabel 3.21. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis perbulan

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	80%	80%	5	5	100%	125%
2.	Februari	80%	80%	5	5	100%	125%
3.	Maret	80%	80%	5	5	100%	125%
4.	April	80%	80%	5	5	100%	125%
5.	Mei	80%	80%	5	5	100%	125%
6.	Juni	80%	80%	5	5	100%	125%
7.	Juli	80%	80%	5	5	100%	125%
8.	Agustus	80%	80%	5	5	100%	125%
9.	September	80%	80%	5	5	100%	125%
10.	Oktober	80%	80%	5	5	100%	125%
11.	November	80%	80%	5	5	100%	125%
12.	Desember	80%	80%	5	5	100%	125%



Grafik 3.10. Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Dari Tabel 3.21. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis pada Tahun 2024 sebesar 100% lebih baik dibandingkan target yang ditetapkan sebesar 80%, dengan capaian realisasi sebesar 125% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis pada Tahun 2024 sebesar 100% lebih baik dibandingkan standar Nasional yang ditetapkan sebesar 80%, dengan capaian realisasi sebesar 125% dibandingkan target.
- 3) Pada tahun 2020-2023, Indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

e. 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.

- Kanker: Redesign waktu penyiapan regimen kemoterapi rawat inap lebih awal dan terpisah dengan rawat jalan, sehingga kepulangan pasien rawat inap bisa lebih cepat .
- Alokasi ruang rawat inap yang dikhkususkan untuk pasien kemoterapi, sehingga pengaturan turnover pasien lebih efektif.
- Jantung: Pembuatan *Dashboard* Prosedur STEMI menjadi alat kontrol dan monitoring untuk memastikan layanan pasien STEMI di IGD dilakukan dengan efektif dan efisien, sudah terimplementasi layanan dengan sistem Code STEMI, sehingga dapat tercapai penanganan kasus STEMI sesuai dengan *golden periode* dilakukannya fibrinolitik.
- Stroke: rumah sakit mempunyai ruang khusus untuk perawatan stroke sehingga pengelolaan pasien stroke lebih komprehensif dan terfokus.
- Urologi: layanan HD sudah terintegrasi di Instalasi Ginjal Terpadu, dan telah operasional 24 jam.

f. Kendala

Kendala yang terjadi pada layanan KJSU diantaranya adalah:

- 1) Diagnosis pasien STEMI: kondisi klinis dan 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)
- 2) Persiapan HD Cito pada pasien baru, terkendala pemasangan HD cath oleh karena kondisi pasien yang terdapat penyulit dan memerlukan monitoring lebih dahulu.

g. Upaya solusi

- 1) Mempertahankan dan meningkatkan komitmen bersama dengan tim jantung (DPJP dan Residen) terhadap implementasi Code STEMI;
- 2) Monitoring evaluasi rutin capaian indikator *Door to Needle* bersama Tim Code STEMI.

- h. 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. Efisiensi penggunaan EMR berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit. 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, dan pada Tahun 2024 biaya cetakan sebesar Rp190.935.000,- Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan juga memberikan dampak efisiensi SDM, contoh pengantar surat/ berkas RM sudah tidak ada lagi.

## 8. Indikator % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

- a. Definisi Operasional Indikator % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah Indikator Nasional Mutu yang mencapai target}}{\text{Jumlah Indikator Nasional Mutu}} \times 100\%$$

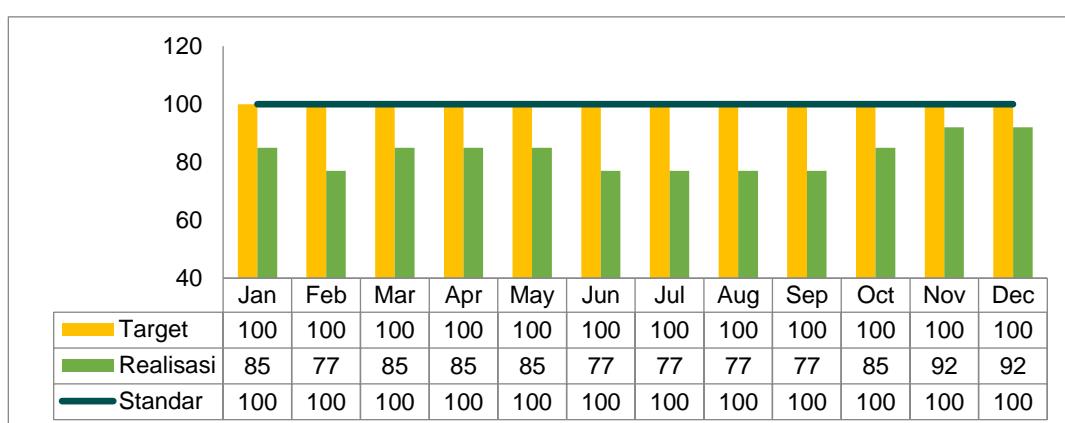
Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Januari-Desember) dengan capaian :

- 1) Kepatuhan kebersihan tangan  $\geq 90\%$
- 2) Kepatuhan penggunaan APD 100%
- 3) Kepatuhan identifikasi pasien 100%
- 4) Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi  $\geq 80\%$
- 5) Waktu tunggu rawat jalan  $\geq 80\%$
- 6) Penundaan operasi elektif  $\leq 5\%$
- 7) Kepatuhan waktu visit dokter  $\geq 80\%$

- 8) Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%
- 9) Kepatuhan penggunaan formularium nasional  $\geq 90\%$
- 10) Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)  $\geq 85\%$
- 11) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%
- 12) Kecepatan waktu tanggap complain  $\geq 80\%$
- 13) Kepuasan pasien IKM  $\geq 80$
- c. Realisasi Indikator % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target Tahun 2020-2024 sesuai Tabel 3.17. di bawah ini :

Tabel 3.22. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	100%	100%	11	13	85%	85%
2.	Februari	100%	100%	10	13	77%	77%
3.	Maret	100%	100%	11	13	85%	85%
4.	April	100%	100%	11	13	85%	85%
5.	Mei	100%	100%	11	13	85%	85%
6.	Juni	100%	100%	10	13	77%	77%
7.	Juli	100%	100%	10	13	77%	77%
8.	Agustus	100%	100%	10	13	77%	77%
9.	September	100%	100%	10	13	77%	77%
10.	Oktober	100%	100%	11	13	85%	85%
11.	November	100%	100%	12	13	92%	92%
12.	Desember	100%	100%	12	13	92%	92%
<b>Tahun 2024</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>



Grafik 3.11. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

## Capaian INM Tahun 2024

Tabel 3.23. Capaian INM Tahun 2024

No	Indikator	Target	Realisasi												Total
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agts	Sep	Okt	Nov	Des	
1.	APD	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Identifikasi Pasien	100%	97%	96%	98%	97%	94%	92%	97%	99%	99%	99%	99%	99%	98%
3.	SC Emergency	80%	89%	80%	86%	100%	100%	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
4.	WTRJ	80%	71%	71%	73%	70%	72%	77%	73%	75%	77%	83%	80%	83%	78%
5.	Penundaan Operasi Elektif	5%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
6.	Visite Dokter	80%	90%	90%	91%	92%	90%	88%	91%	90%	90%	91%	89%	90%	90%
7.	Hasil Kritis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Kepatuhan Fornas	80%	99%	99%	99%	100%	99%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%
9.	Cuci Tangan	85%	97%	97%	96%	94%	94%	94%	94%	94%	94%	95%	94%	94%	94%
10.	Resiko Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11.	PPK CP	80%	87%	84%	83%	85%	86%	83%	77%	75%	73%	73%	85%	81%	82%
12.	Kepuasan Pelanggan	76,61	87,8	89,80	89,84	89,8	88,3	88,5	89,5	90	90,2	90,1	89,4	89,6	89,4
13.	Respon Komplain	75%	100%	97%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99%

Dari Tabel 3.23. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target pada Tahun 2024 tercapai 85%, masih di bawah target 100% yang ditetapkan.
- 2) Realisasi Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target pada Tahun 2024 tercapai 85%, masih di bawah target nasional 100% yang ditetapkan.
- 3) Masing-masing indikator di dalam 13 indikator Nasional Mutu, terdapat 2 target indikator yang masih ada peluang perbaikan, yaitu: Kepatuhan identifikasi pasien (98%), dan Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit (78%)
- 4) Capaian Indikator Nasional Mutu (INM) pada awal tahun masih rendah, dengan perbaikan-perbaikan yang sudah dilakukan pada pertengahan tahun, meningkatkan capaian di TW IV.
- 5) Pada tahun 2020-2022, Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab ketidakberhasilan/ Kendala :

1) Kepatuhan identifikasi pasien

Permasalahan :

- a. Kepatuhan identifikasi pasien pemberian produk darah capaian 75,22%, hal ini disebabkan karena pemahaman terkait implementasi identifikasi pasien dan input data produk darah belum optimal, Kepatuhan identifikasi sebelum transfer pasien belum ada kenaikan signifikan (86,71%), identifikasi pasien saat akan dilakukan transportasi sudah dilakukan dengan benar tetapi proses input data disimetris masih belum dilakukan dengan benar.
- b. Capaian identifikasi pasien yang belum optimal berada di ruang rawat Indraprastha 2, karena masih ada ketidakseragaman dalam melakukan input data Sasaran Keselamatan Pasien di SimetriSS.

2) Waktu tunggu rawat jalan

Permasalahan :

- a. Waktu tunggu rawat jalan masih belum tercapai sesuai target yaitu 78%.
- b. Terkait SDM : kedatangan dokter di poliklinik belum semuanya tepat waktu sesuai yang dipublikasikan dan sebagian besar DPJP mempunyai jadwal bersamaan di pagi hari.
- c. Pembagian dan Pemerataan lot pasien tidak di pagi hari semua dengan cara membagi dan mengatur jadwal DPJP menjadi 2 sesi
- d. Terkait pasien : banyak pasien yang datang dari luar kota sehingga mereka cenderung memilih datang pagi hari dengan alasan kemudahan transportasi. Jumlah pasien rawat jalan yang terus bertambah setiap harinya dan belum mengetahui sistem pendaftaran dan antrian online juga berpengaruh terhadap waktu tunggu.

e. Upaya solusi

1) Kepatuhan identifikasi pasien

- a) Pendampingan pengisian input data indikator Sasaran Keselamatan Pasien di aplikasi mutu SIMETRISS oleh Komite mutu bersama Tim Kerja Pelayanan Keperawatan.
- b) Peningkatan supervisi implementasi identifikasi pasien, supervisi melekat oleh penanggung jawab shift jaga / kepala ruang.

- c) Melakukan *refreshing & reedukasi* menggunakan media edukasi dengan video yang menarik dan Juknis singkat input data Sasaran Keselamatan Pasien di Simetris.
  - d) Reminder implementasi Sasaran Keselamatan Pasien saat *meeting morning* oleh Kepala Ruang.
- 2) Waktu tunggu rawat jalan
- a) inovasi pengembangan aplikasi “Klik Sardjito Aja” untuk mengoptimalkan digitalisasi pelayanan dari pendaftaran sampai hasil pemeriksaan: sistem antrian poli, perbaikan sistem antrian poli ditambahkan kolom verifikasi *work order* penunjang.
  - b) sosialisasi terkait antrian *online* melalui aplikasi Klik Sardjito Aja berkoordinasi dg Instalasi Promkes.
  - c) Pembagian dan pemerataan load pasien tidak di pagi hari semua dg mengatur jadwal DPJP 2 sesi.
  - d) Kebijakan SE RS HK 02.03/D.XI/13221/2024 tentang Pengembangan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanggal 28 Mei 2024 antara lain meliputi: pendekatan jumlah pasien per jam yang dapat dilayani oleh DPJP, reminder DPJP, implementasi regulasi penggantian DPJP poliklinik jika DPJP terjadwal tidak segera hadir.
- f. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
- 1) Indikator ini memastikan keberhasilan realisasi Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat inap dan rawat jalan agar lebih tepat waktu, cepat dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien dan mutu layanan.
  - 2) Inovasi untuk memperbaiki Waktu Tunggu Rawat Jalan dengan pengembangan aplikasi “Klik Sardjito Aja” dengan mengoptimalkan digitalisasi pelayanan dari pendaftaran sampai hasil pemeriksaan. Pengaturan jadwal dokter bisa diakses melalui aplikasi “Klik Sardjito Aja”, hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi juga sudah paperless. Hal ini sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi. Efisiensi biaya cetakan kartu pasien. Pada tahun 2022 biaya cetakan kartu pasien senilai Rp 67.539.000,-, pada tahun 2023 dan 2024 sudah tidak mencetak kartu pasien karena sudah beralih ke QR Code dan *Klik Sardjito Aja*.

## 9. Indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

### a. Definisi Operasional Indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan adalah produk dari nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kecakapan dari manajemen keselamatan dan kesehatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas kepercayaan dengan persepsi bersama terhadap pentingnya keselamatan. Budaya keselamatan juga didefinisikan sebagai lingkungan yang mendukung dilakukannya pelaporan, tidak saling menyalahkan, melibatkan kepemimpinan tingkat atas dan berfokus pada sistem.

Budaya keselamatan pasien dapat diukur dengan menentukan apa yang penting dan sikap serta perilaku apa yang dihargai, didukung, diharapkan, dan diterima, sehubungan dengan keselamatan pasien. Penting untuk membangun budaya keselamatan pasien secara luas karena ada di berbagai tingkatan: dalam sistem pelayanan kesehatan, ditingkat rumah sakit, departemen, dan unit (AHRQ Versi 2.0 tahun 2021).

Survei budaya keselamatan adalah survei untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien pada staf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dalam kurun waktu satu tahun.

### b. Formula perhitungan sebagai berikut

Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan Kemkes/AHRQ Versi 2.0 tahun 2021.

### c. Realisasi indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan

- 1) Survei budaya keselamatan dilakukan satu tahun sekali yang dikoordinasikan oleh Komite Mutu Rumah Sakit.
- 2) Realisasi indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan Tahun 2024 sebesar 75% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 75% dengan capaian kinerja sebesar 100% dibandingkan target.
- 3) Realisasi indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan Tahun 2024 sebesar 75% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 75% dengan capaian kinerja sebesar 100% dibandingkan standar nasional.
- 4) Pada tahun 2020-2023, Indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Pendampingan kepada responden pada saat survey untuk menyamakan persepsi terhadap pertanyaan-pertanyaan yang kurang dipahami
- 2) Dukungan manajemen terhadap budaya pelaporan insiden keselamatan pasien serta pelaporan etik dan kekerasan di Eprens Simetris setiap karyawan untuk memudahkan pelaporan.

e. Kendala

- 1) Perbedaan persepsi dari staf dalam menjawab survey
- 2) Masih adanya blaming sehingga pada takut melaporkan insiden di satuan kerja masing-masing. Fenomena tidak melaporkan insiden karena merasa insiden bisa diselesaikan internal pada kenyataannya kadang tidak selesai
- 3) Budaya keselamatan pasien belum tertanam pada semua civitas hospitalia saat melakukan pelayanan.

f. Upaya solusi

- 1) Pendampingan kepada responden pada saat survey untuk menyamakan persepsi
- 2) Kegiatan peningkatan kerja tim berupa monev dan supervisi berjenjang, yaitu pelaksanaan evaluasi dari atasan (datang dan melihat langsung ke ruangan) terhadap pelaksanaan tugas staf sehari – hari
- 3) Optimalisasi peran dari *agent of change* (AoC) sebagai *role model* yang menjadi panutan dalam bekerja dalam kaitannya dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- 4) Perbaikan komunikasi interpersonal yang baik, secara formal maupun informal untuk membangun situasi kondusif tanpa terpengaruh siapapun
- 5) Kegiatan *capacity building*, atau yang dimodifikasi dengan memasukkan materi saling mendukung dan keterbukaan
- 6) Kegiatan pelatihan yang disesuaikan dengan kebutuhan staf (*customized* sesuai uraian tugas dan tanggung jawab) dengan melibatkan berbagai profesi (kolaboratif)
- 7) Kampanye Keselamatan Pasien (*Patient Safety Campaign*) dengan melibatkan pasien dan keluarga (*Patient and Family Engagement*) untuk mendukung keselamatan pasien
- 8) Dukungan Pimpinan (Direksi dan Jajarannya) terhadap penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien secara komprehensif dari segi koordinasi,

komunikasi, penyediaan sumber daya, dukungan teknologi informasi, pelaksanaan monev, dsb

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* dan dilakukan secara mandiri internal rumah sakit.

- 1). Efisiensi biaya cetak lembar survei berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit. Efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 dan 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 Rp99.844.250,00. Serapan tahun 2024 jumlah kertas 1.047 rim dengan nilai Rp51.727.500,00. Dari tahun 2022 ke tahun 2023, terjadi efisiensi sebesar 60% dengan nilai Rp 149.641.250,00. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 35,3% dengan nilai Rp48.116.750,00. Efisiensi kertas pada tahun 2023 dan 2024 sangat dipengaruhi oleh penggunaan kertas bekas pakai dan pemakaian Teknologi Informasi/ dokumen elektronik.
- 2). Efisiensi waktu dan jangkauan dalam pengumpulan data survei budaya keselamatan dan penanganannya.
- 3). Efisiensi SDM pengumpul data

## 10. 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

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

- c. Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Tabel 3.24. Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

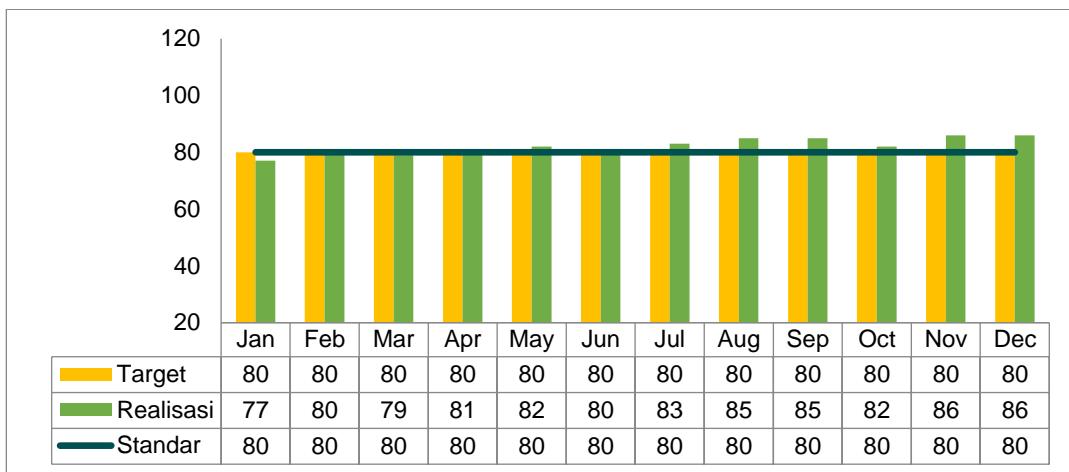
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥ 80%	80%	93,28%	116,60%
5.	2024	≥ 80%	80%	83%	103%



Grafik 3.12. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Tabel 3.25. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	80%	80%	914	1182	77%	96%
2.	Februari	80%	80%	795	992	80%	100%
3.	Maret	80%	80%	889	1124	79%	99%
4.	April	80%	80%	855	1053	81%	101%
5.	Mei	80%	80%	973	1186	82%	103%
6.	Juni	80%	80%	864	1078	80%	100%
7.	Juli	80%	80%	975	1170	83%	104%
8.	Agustus	80%	80%	1390	1631	85%	106%
9.	September	80%	80%	1249	1463	85%	106%
10.	Oktober	80%	80%	1053	1281	82%	103%
11.	November	80%	80%	1235	1442	86%	108%
12.	Desember	80%	80%	1141	1323	86%	108%
Tahun 2024		80%	80%	12.333	14.925	83%	103%



Grafik 3.13. Realisasi Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik per bulan

Dari tabel 3.25. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2024 sebesar 83% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian kinerja sebesar 103% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2024 sebesar 83% telah melebihi standar Nasional yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian kinerja sebesar 103% dibandingkan target.
- 3) Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Pada sebesar 83%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 80%, sehingga realisasi tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 adalah sebesar 103%.
- 4) Realisasi indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik Tahun 2024 sebesar 83% menurun dibandingkan Tahun 2023 sebesar 93,28%,
- 5) 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 1500705, perbaikan layanan parkir valet 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 Aesthetic 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*.
- 5) Evaluasi kinerja kepada KSM yang masih belum optimal kinerjanya, meliputi kinerja SDM KSM di kuadran 3 dan 4.

e. Kendala :

- 1) Sumber data menggunakan presensi *fingerprint* yang terecord dari simetris dan keterangan supervisi atau tidak yg diinput oleh petugas administrasi di poli. Hal ini tidak selalu menggambarkan kepatuhan DPJP yang sebenarnya rata-rata jam 09.00 - 10.00
- 2) Beragamnya SDM penginput data di setiap unit pelayanan sehingga timbul perbedaan persepsi
- 3) Belum adanya sistem penilaian kinerja dokter yang berbasis kepatuhan pelayanan DPJP di Poliklinik

f. Upaya solusi

- 1) Membuat sistem dokumentasi/ pencatatan pelayanan DPJP di unit pelayanan sesuai dengan pasien yang dilayani.
- 2) Membuat sistem penilaian kinerja dokter yang memasukkan poin mengenai kepatuhan DPKP di Poliklinik
- 3) Melakukan rapat koordinasi dengan KSM dengan hasil < 80 %

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) 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.
- 2) Pengaturan jadwal dokter bisa diakses melalui aplikasi “Klik Sardjito Aja”, hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi juga sudah *paperless*. Hal

ini sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi. Efisiensi biaya cetakan kartu pasien. Pada tahun 2022 biaya cetakan kartu pasien senilai Rp 67.539.000,-, pada tahun 2023 dan 2024 sudah tidak mencetak kartu pasien karena sudah beralih ke QR Code dan *Klik Sardjito Aja*.

- 3) Efisiensi penggunaan Film Radiologi, pada tahun 2021, biaya penggunaan film radiologi sebesar Rp1.387.937.400,-, dengan adanya sistem pembacaan hasil pemeriksaan radiologi secara digital dengan PACS, biaya menurun di tahun 2023 menjadi Rp594.611.500,-, meningkat sedikit di tahun 2024 sebesar Rp 998.202.350,- yang disebabkan meningginya jumlah kegiatan operasi yang masih membutuhkan cetakan film radiologi. Di bulan Desember difasilitasi penyediaan monitor di ruang OK dengan harapan menekan kembali penggunaan cetakan film.

## **11. Indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan**

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan

Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.

Sembilan (9) layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan adalah layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefologi, Diabetes Mellitus, Gastrohepatologi, Kesehatan Ibu Anak, Respira dan Tuberculosis, Penyakit Infeksi dan *emerging*.

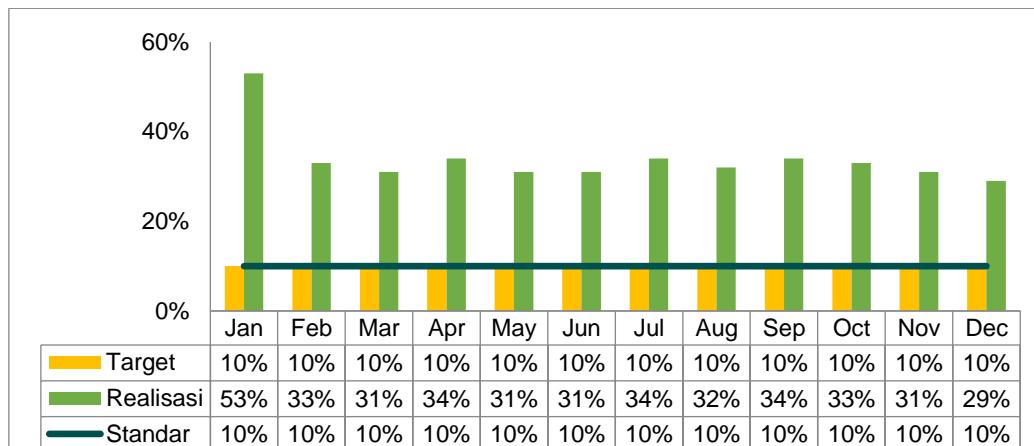
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\frac{\text{Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas}}{\text{Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas}} \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

Tabel 3.26. Indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	10%	10%	10	19	53%	530%
2.	Februari	10%	10%	15	45	33%	330%
3.	Maret	10%	10%	23	74	31%	310%
4.	April	10%	10%	32	95	34%	340%
5.	Mei	10%	10%	39	126	31%	310%
6.	Juni	10%	10%	46	148	31%	310%
7.	Juli	10%	10%	54	160	34%	338%
8.	Agustus	10%	10%	60	186	32%	323%
9.	September	10%	10%	75	220	34%	341%
10.	Okttober	10%	10%	82	248	33%	331%
11.	November	10%	10%	88	280	31%	310%
12.	Desember	10%	10%	90	306	29%	290%



Grafik 3.14. Persentase Penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit Pendidikan

Dari tabel 3.26. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan Tahun 2024 sebesar 29% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 10% dengan capaian kinerja sebesar 290% dibandingkan target. Hal ini disebabkan karena penelitian yang dihitung adalah seluruh penelitian yang dilakukan oleh SDM rumah sakit baik sebagai peneliti utama maupun sebagai anggota Tim Peneliti.
- 2) Realisasi indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan Tahun 2024 sebesar 29% telah melebihi standar nasional sebesar 10%.

3) Pada tahun 2020-2023, 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 :

- 1) Manajemen rumah sakit memberi dukungan dana penelitian bagi karyawan/staf rumah sakit yang melakukan penelitian
- 2) Rumah sakit bekerjasama dengan Institusi pendidikan untuk melakukan penelitian
- 3) Manajemen rumah sakit mendorong staf melakukan penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan

e. Kendala

Prosedur untuk mempublikasikan penelitian ke dalam jurnal ilmiah baik nasional maupun internasional membutuhkan waktu yang cukup lama.

f. Upaya solusi

Mempersiapkan publikasi lebih awal

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada awal tahun 2024, rumah sakit mengembangkan digitalisasi sistem administrasi penelitian. Dengan digitalisasi sistem administrasi penelitian ini terjadi efisiensi waktu dan efisiensi SDM yang dibutuhkan untuk pengurusan ijin penelitian.

## 12. Indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS

a. Definisi Operasional Indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS

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*.

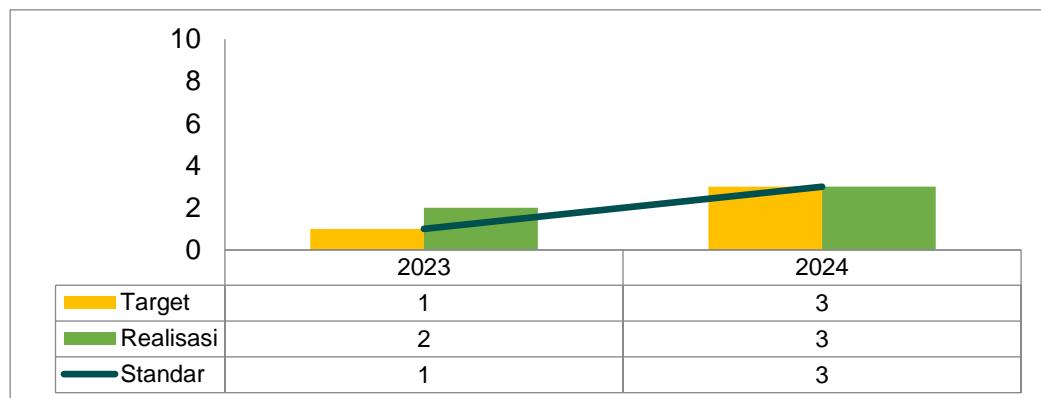
b. Formula perhitungan sebagai berikut

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

c. Realisasi indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS

Tabel 3.27. Indikator Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 Layanan	1 Layanan	2 layanan (tahap <i>sequencing</i> : 90%)	200%
5.	2024	3 Layanan	3 Layanan	3 layanan	100%



Grafik 3.15. Indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS

Dari tabel 3.27. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Tahun 2024 sebesar 3 layanan kekhususan hubs yaitu *rare disease* dan genetik *disease* untuk penyakit DMD (*Duschenne Muscular Dystrophy*), PAH (*Pulmonary Arterial Hypertension*), dan LGMD (*Limb-Girdle Muscular Dystrophy*) dengan capaian realisasi sebesar 100% dibandingkan target.

- 2) Realisasi indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Tahun 2024 sebesar 3 layanan sudah memenuhi standar nasional sebesar 3 layanan.
  - 3) Realisasi indikator Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS Tahun 2024 sebesar 3 layanan melebihi realisasi Tahun 2023 sebesar 2 layanan.
  - 4) 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 tercapainya target:
- Pada tahun 2024 ada penambahan 1 layanan, untuk pengembangan 1 layanan masih dalam proses penjajakan dengan KSM terkait/ Instalasi Kesehatan reproduksi.
- e. Kendala
- Fasilitas pendukung: Alat NGS yang dimiliki RSS berasal dari ONT dimana untuk pelaksanaan diagnostik melalui sistem adaptive sampling, yang belum tersedia secara komersial sehingga tim secara aktif melakukan optimasi yang berkesinambungan untuk bisa menjadi pelayanan diagnosis yang lain. Selain itu, mesin NGS yang digunakan sempat mengalami eror tidak bisa menyelesaikan pemeriksaan sehingga terhenti sementara proses sequencing dan optimasinya.
- f. Upaya solusi
- Tim RSUP Dr Sardjito melakukan komunikasi yang intens dengan pihak ONT terkait optimasi dan perbaikan mesin. Diusulkan bisa dilaksanakan training internal untuk staf BGSI sehingga kedepannya bisa lebih terampil dalam melakukan *troubleshooting*.
- 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 kateterisasi jantung sehingga efisien di dalam waktu dan alur layanan.

### 13. Indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

- a. Definisi Operasional Indikator Jumlah 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*).

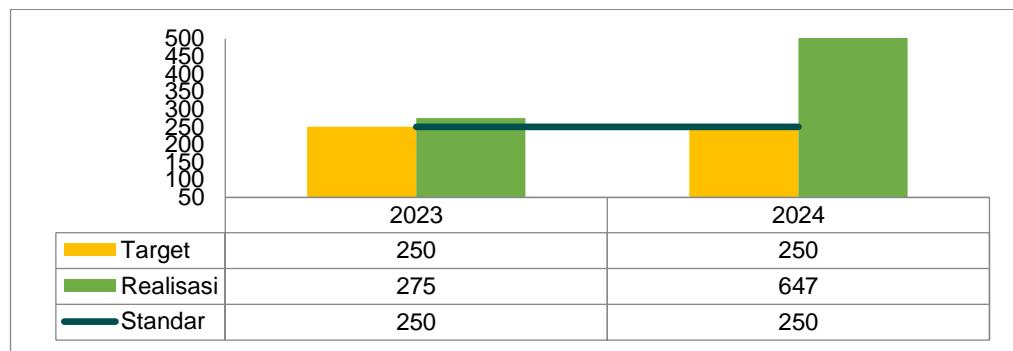
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

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

- c. Realisasi indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

Tabel 3.28. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

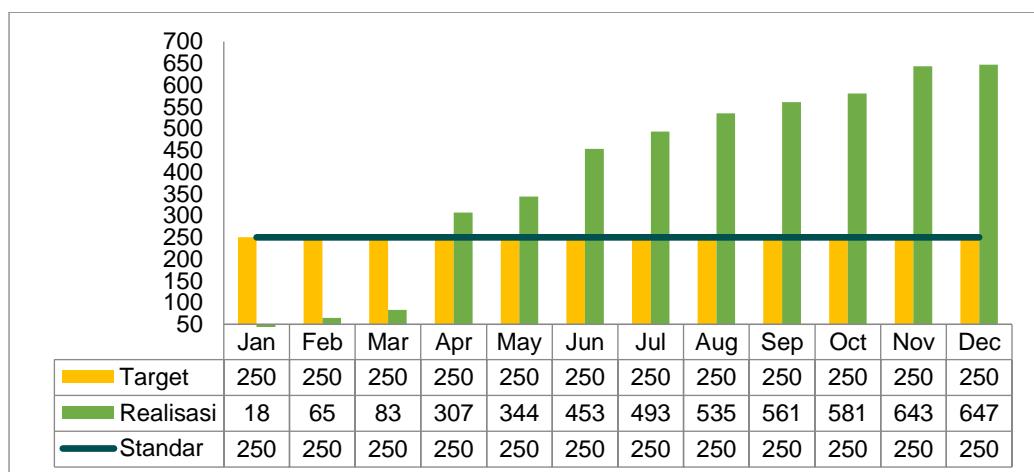
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	200 sampel	200 sampel	275 sampel	137,5%
5.	2024	250 sampel	250 sampel	647 sampel	258,8%



Grafik 3.16. Indikator Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Tabel 3.29. Indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	Januari	250 sampel/th	250 sampel/th	18 sampel	7%
2.	Februari	250 sampel/th	250 sampel/th	65 sampel	26%
3.	Maret	250 sampel/th	250 sampel/th	83 sampel	33%
4.	April	250 sampel/th	250 sampel/th	307 sampel	123%
5.	Mei	250 sampel/th	250 sampel/th	344 sampel	138%
6.	Juni	250 sampel/th	250 sampel/th	453 sampel	181%
7.	Juli	250 sampel/th	250 sampel/th	493 sampel	197%
8.	Agustus	250 sampel/th	250 sampel/th	535 sampel	214%
9.	September	250 sampel/th	250 sampel/th	561 sampel	224%
10.	Oktober	250 sampel/th	250 sampel/th	581 sampel	232%
11.	November	250 sampel/th	250 sampel/th	643 sampel	257%
12.	Desember	250 sampel/th	250 sampel/th	647 sampel	259%



Grafik 3.17. Indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS

Dari tabel 3.29. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS Tahun 2024 sebesar 647 sampel telah melebihi target

yang ditetapkan sebesar 250 sampel dengan capaian kinerja sebesar 258,8% dibandingkan target.

- 2) Realisasi indikator Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS Tahun 2024 sebesar 647 sampel telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 250 sampel dengan capaian kinerja sebesar 258,8% dibandingkan standar nasional.
- 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 Existing registry* (register pasien PAH dan DMD). Untuk DMD mempunyai komunitas pasien DMD yang bertemu dan berkomunikasi secara berkala.

e. Kendala

Sebagai Hub untuk rare disease/ penyakit langka, pengumpulan sample harus dilakukan secara proaktif, sedangkan ketersediaan SDM untuk analisa *genomic* (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 analisis *genomic* (genetik konseling, pengisian database regINA).

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan adanya peningkatan jumlah sampel, pasien yang dilayani 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 kateterisasi jantung sehingga efisien di dalam waktu dan alur layanan.

#### 14. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Pasien Non JKN adalah:

- 1) Pasien RSUP Dr. Sardjito dan UPF Tawangmangu dengan cara bayar umum.
- 2) Pasien RSUP Dr. Sardjito dengan cara bayar ikatan kerjasama ( Ikatan Kerjasama dengan Perusahaan, Inhealth, Jamkesos, Jamkesda, Jampersal, Jamkesta, Pejabat Negara, Global Fund TB, Jasa Raharja, dan Fasilitas Pegawai.
- 3) Tidak termasuk pasien JKN yang naik kelas

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

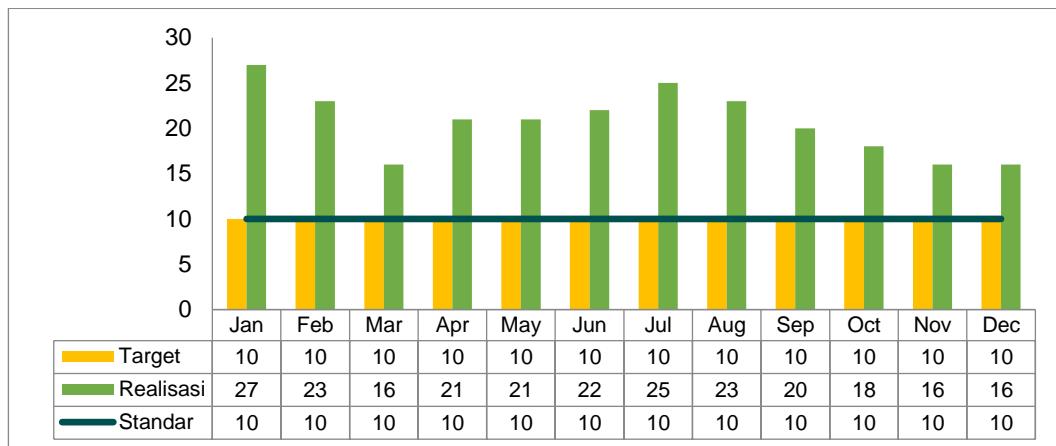
(Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu dikali 100.

- c. Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Tabel 3.30. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	10%	10%	(7.851 – 6.167) 1.684	6.167	27%	270%
2.	Februari	10%	10%	(14.762 -11.971) 2.791	11.971	23%	230%
3.	Maret	10%	10%	(21.252 – 18.386) 2.866	18.386	16%	160%
4.	April	10%	10%	(27.693 – 22.851) 4.842	22.851	21%	210%
5.	Mei	10%	10%	(35.099- 29.009) 6.090	29.009	21%	210%
6.	Juni	10%	10%	(41.665-34.133) 7.532	34.133	22%	220%
7.	Juli	10%	10%	(49.544 – 39.790) 9.754	39.790	25%	250%
8.	Agustus	10%	10%	(57.867 – 47.043) 10.824	47.043	23%	230%
9.	September	10%	10%	(65.486 – 54.374) 11.112	54.374	20%	200%

10.	Oktober	10%	10%	(73.700 – 62.313) 11.387	62.313	18%	180%
11.	November	10%	10%	(81.273 – 69.889) 11.387	69.889	16%	160%
12.	Desember	10%	10%	(88.983 – 76.834) 12.149	76.834	16%	160%



Grafik 3.18. Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN

Dari tabel 3.30. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN Tahun 2024 sebesar 16% telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 10% dengan capaian realisasi sebesar 160% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN Tahun 2024 sebesar 16% telah melebihi standar nasional sebesar 10%
- 3) Realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN Tahun 2024 sebesar 16%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah yaitu 10%, sehingga realisasi tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di akhir 2024 ialah sebesar 160%.
- 4) Pada Tahun 2021 sampai tahun 2023 indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Meningkatnya kunjungan Poliklinik eksekutif Amarta yang cukup signifikan dengan penambahan layanan seperti Klinik Vaksin yang sudah meliputi penerbitan *“International Certificate of Vaccination”*.
- 2) Perpanjangan poliklinik sampai pukul 18.00 secara signifikan meningkatkan kunjungan poliklinik di rawat jalan Non JKN.
- 3) Penandatanganan PKS dengan pihak asuransi Non JKN

e. Kendala

Peningkatan jumlah pasien rawat jalan sebanyak 30-50 orang per hari sedangkan jumlah SDM perawat tetap, sehingga diperlukan strategi pengaturan jadwal perawat sehingga dapat melayani dengan baik sampai dengan jam 18.00 WIB

f. Upaya solusi

Diperlukan strategi pengaturan jadwal perawat sehingga dapat melayani dengan baik sampai dengan jam 18.00 WIB

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

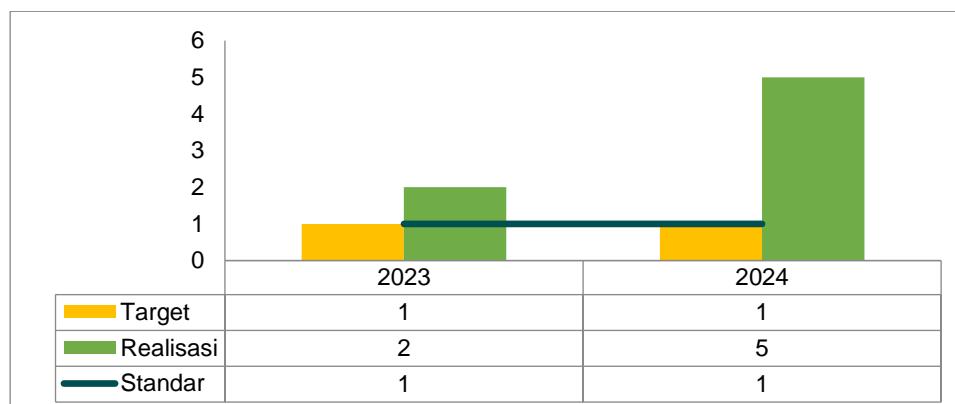
- 1) Pelaksanaan pelayanan pasien Non JKN di poliklinik Eksekutif menggunakan RME, pengaturan jadwal dokter, hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi, *e-prescribing* dalam peresepan obat, secara umum sudah mengarah pada pelaksanaan efisiensi penggunaan sumber daya, sudah *paperless* karena berbasis teknologi informasi. Hal ini berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit, serta meningkatkan kecepatan pelayanan.
- 2) Efisiensi biaya cetakan kartu pasien. Pada tahun 2022 biaya cetakan kartu pasien senilai Rp 67.539.000,-, pada tahun 2023 dan 2024 sudah tidak mencetak kartu pasien karena sudah beralih ke *QR Code* dan *Klik Sardjito Aja*.
- 3) Efisiensi biaya cetak beberapa formulir Rekam Medis pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 sebagai berikut: Serapan tahun 2023 dengan nilai Rp226.365.900. Serapan tahun 2024 dengan nilai Rp190.935.000. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 16% dengan nilai Rp35.430.900.
- 4) Efisiensi penggunaan Film Radiologi, pada tahun 2021, biaya penggunaan film radiologi sebesar Rp1.387.937.400,-, dengan adanya sistem pembacaan hasil pemeriksaan radiologi secara digital dengan PACS, biaya menurun di tahun 2023 menjadi Rp594.611.500,-, meningkat sedikit di tahun 2024 sebesar Rp 998.202.350,- yang disebabkan meningginya jumlah kegiatan operasi yang masih membutuhkan cetakan film radiologi. Di bulan Desember difasilitasi penyediaan monitor di ruang OK dengan harapan menekan kembali penggunaan cetakan film.

**15. Indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional**

- a. Definisi Operasional Indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional  
Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut  
Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerjasama hingga implementasinya.
- c. Realisasi indikator Indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional sesuai tabel 3.32 dibawah ini.

Tabel 3.31. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

No	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 Layanan	1 Layanan	2 layanan	200%
5.	2024	1 Layanan	1 Layanan	5 layanan	500%



Grafik 3.19. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Dari tabel 3.31. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional Tahun 2024 5 layanan yaitu:

- a) Layanan hemato onkologi anak bekerjasama dengan *Princess Maxima Center* Belanda  
 Implementasi :
- Pendidikan, pelatihan *capacity building* : peningkatan kapasitas layanan kanker anak, peningkatan *survival rate* pasien, visitasi dan evaluasi rutin dari PMC ke RS Sardjito
  - Pembuatan panduan praktek : protokol dan panduan praktek klinis perawatan anak dengan kanker
  - Pengampuan layanan kanker anak melalui *twinning program* : Program Alih Iptekdok: mendatangkan dr. Judith Spijkerman dari PMC sebagai *Pediatric Oncologist* pengampu *Twinning Program* di RSUP Dr. Sardjito Juli 2021 - Agustus 2024
  - Pengembangan *registry* kanker berbasis rumah sakit : Register kanker anak berbasis rumah sakit
  - Riset kolaboratif di bidang Hemato-onkologi Anak : Penelitian rutin di bidang kanker anak terpublikasi di jurnal internasional
  - Pendidikan mahasiswa dan dokter spesialis (program koasistensi /*observership*, residensi, hingga pembimbingan phd) : program pendidikan rutin untuk dokter muda, residen. Alumni program phd, bekerja sama dengan universitas pendidikan di belanda
- b) Layanan transplantasi hati anak dengan *Kyoto University Hospital*  
 Implementasi: program pelatihan dan pengampuan layanan transplantasi hati, penelitian, pelatihan dokter
- c) Layanan kanker dengan *St.Jude*  
 Implementasi: registri kanker anak, pelatihan dokter & penelitian onkologi anak (*st jude's global alliance*), benchmarking, konsultasi
- d) Layanan KIA dengan NTUH  
 Implementasi: program *doctors training* tiap tahun, visitasi staf, *capacity building*: seminar, webinar, dan penelitian
- e) Layanan Bedah Digestif dengan FAHZU  
 Implementasi: *capacity building* layanan unggulan, *observership*, visitasi staf
- 2) Realisasi indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional Tahun 2024 sebesar 5 layanan telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 1 layanan dengan capaian realisasi sebesar 500% dibandingkan target.

- 3) Realisasi indikator RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional Tahun 2024 sebesar 5 layanan telah melebihi standar nasional sebesar 1 layanan.
- 4) Realisasi indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional pada Tahun 2024 sebesar 5 layanan, sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 1 layanan. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 500% dari target jangka menengah.
- 5) 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 Digestif, 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 reviu 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 FKMKM, rumah sakit/institusi kesehatan luar negeri
  - 2) Mengusulkan penambahan SDM yang melakukan reviu Kerjasama Luar Negeri
  - 3) Mengusulkan kembali anggaran sesuai rencana program
- g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
- Kerjasama dengan National Taiwan University Hospital (NTUH), RSUP DR Sardjito mengirim peserta 1 (satu) orang dokter Spesialis Anestesi mengikuti program Pediatric Cardiac Anesthesiology dan 1 (satu) orang dokter Spesialis Anak mengikuti program Pediatric Gastro-Hepatology selama 1 (satu) bulan dengan pembiayaan dari NTUH. Sehingga menghemat biaya training sebesar Rp22.138.000,- untuk biaya transport dan biaya hidup selama di Taiwan. RSUP Dr Sardjito tidak mengeluarkan Biaya Pendidikan.

## **16. Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna**

- a. Definisi Operasional Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna
- 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 melaksanakan 9 layanan prioritas dengan stratifikasi paripurna.
- Kriteria strata mulai dari Dasar, Madya, Utama, dan Paripurna.
- Standar capaian 5 layanan paripurna
- b. Formula perhitungan sebagai berikut
- Jumlah layanan prioritas yang mencapai stratifikasi paripurna

- c. Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna

Tabel 3.32. Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

No	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023				
5.	2024	5 Layanan	5 Layanan	5 layanan	100%

Dari tabel 3.32. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional Tahun 2024 sebesar 5 layanan telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 5 layanan dengan capaian realisasi sebesar 100% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna Tahun 2024 sebesar 5 layanan telah melebihi standar nasional sebesar 5 layanan.
- 3) Realisasi indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna pada Tahun 2024 sebesar 5 layanan, sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 5 layanan. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 100% dari target jangka menengah.
- 4) Pada tahun 2020-2023, Indikator Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- 5) RSUP Dr Sardjito pada 24 Juli 2024 sebagai RS pengampu 9 layanan prioritas, saat ini 5 layanan sudah mencapai strata paripurna, yaitu Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan KIA, sesuai dengan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Layanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

- 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 2023 telah dimanfaatkan peralatan Kesehatan yang terdiri atas 12 jenis alat Kesehatan diantaranya: elektro fisiologi ablati 3D (untuk layanan jantung), kamera sistem imaging spies 4K-3D-ICG laparoskopi (untuk layanan urologi), dan *flow cytometry* (untuk layanan kanker), dll, dengan total nilai investasi Rp21.677.065.262,00.

- 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

- 1) Masih adanya beberapa alat yg berbiaya mahal dan pelayanan yang tidak tercover BPJS
- 2) Menuju pelayanan paripurna masih ada Sarana prasarana yang belum terpenuhi dan sudah diusulkan ke Kemenkes seperti *Pet Scan* dan *Malditof* dalam proses pengadaan pada tahun 2024.

f. Upaya solusi

- 1) Berkoordinasi dengan Kemenkes untuk pemenuhan alat-alat yang belum tersedia.
- 2) 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 paripurna 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, dan pada Tahun 2024 biaya cetakan sebesar Rp190.935.000,-

- 3) Dengan implementasi digitalisasi sistem informasi di berbagai pelayanan 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.

## 17. Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

- a. Definisi Operasional Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah mencapai strata utama sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh RS Pengampu Nasional.

Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Layanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut

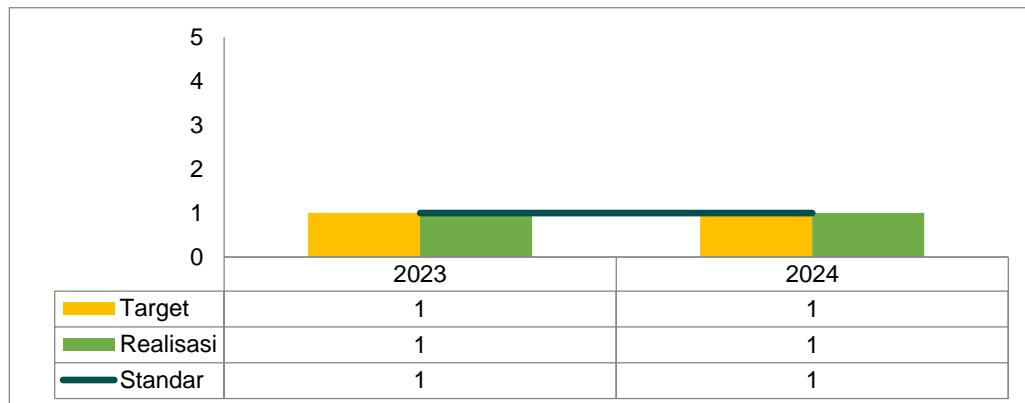
Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RSUP Dr. Sardjito.

- c. Realisasi indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Tabel 3.33. Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	1 rumah sakit	1 rumah	1 rumah sakit	100%

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
			sakit	RSUD Kota Yogyakarta untuk layanan stroke	
5.	2024	1 rumah sakit	1 rumah sakit	1 rumah sakit RSUD Wates untuk layanan stroke	100%



Grafik 3.20. Indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Dari tabel 3.33. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama Tahun 2024 sebesar 1 RS sesuai standar nasional dan target yang ditetapkan. Satu rumah sakit tersebut adalah RSUD Wates untuk layanan stroke.
- 2) Realisasi indikator Peningkatan level RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan pada Tahun 2024 sebesar 1 rumah sakit, sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 1 rumah sakit. Realisasi Tahun 2024 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 dikontrakkan 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/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu & Anak

- 2) Adanya komitmen dari RS ampuan untuk memenuhi target strata. Dengan terwujudnya Kerjasama Sister Hospital antara RSUD Wates dengan RSUP Dr Sardjito target peningkatan strata lebih mudah terwujud.
- 3) Berdasarkan hasil evaluasi asesmen mandiri selama tahun 2024 menunjukan bahwa secara garis besar RSUD Wates sudah memenuhi kriteria strata utama pada layanan stroke, untuk SDM, sarana dan prasarana dari fasilitas rawat inap, ruang tindakan, peralatan canggih untuk diagnostik dan intervensi baik bedah maupun non bedah yang dimiliki RSUD Wates sudah sesuai dengan kriteria pada petunjuk teknis penyelenggaraan layanan stroke strata utama.
- 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

Belum tersedianya sumber daya manusia khususnya tenaga medis sub spesialis bedah vaskuler di RS Umum Daerah Wates.

f. Upaya solusi

Pengembangan sumber daya manusia terkait layanan stroke di RS Umum Daerah Wates dengan mekanisme *Kerjasama sister hospital*

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Dengan tercapainya realisasi indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama meningkatkan mutu layanan, menurunkan kematian dan angka kesakitan.
- 2) Dengan adanya pemerataan layanan stroke di rumah sakit sekitar RSUP Dr. Sardjito khususnya dalam jejaring pengampaunan layanan stroke, maka penanganan kasus stroke berbiaya tinggi (read: Tindakan coiling dan

tindakan clipping) di RSUP Dr. Sardjito semakin berkurang, sehingga beban pembiayaan menjadi berkurang.

- 3) Efisiensi penggunaan Film Radiologi, pada tahun 2021, biaya penggunaan film radiologi sebesar Rp1.387.937.400,-, dengan adanya sistem pembacaan hasil pemeriksaan radiologi secara digital dengan PACS, biaya menurun di tahun 2023 menjadi Rp594.611.500,- meningkat sedikit di tahun 2024 sebesar Rp 998.202.350,- yang disebabkan meningginya jumlah kegiatan operasi yang masih membutuhkan cetakan film radiologi. Di bulan Desember difasilitasi penyediaan monitor di ruang OK dengan harapan menekan kembali penggunaan cetakan film.

## 18. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

- a. Definisi Operasional Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

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.

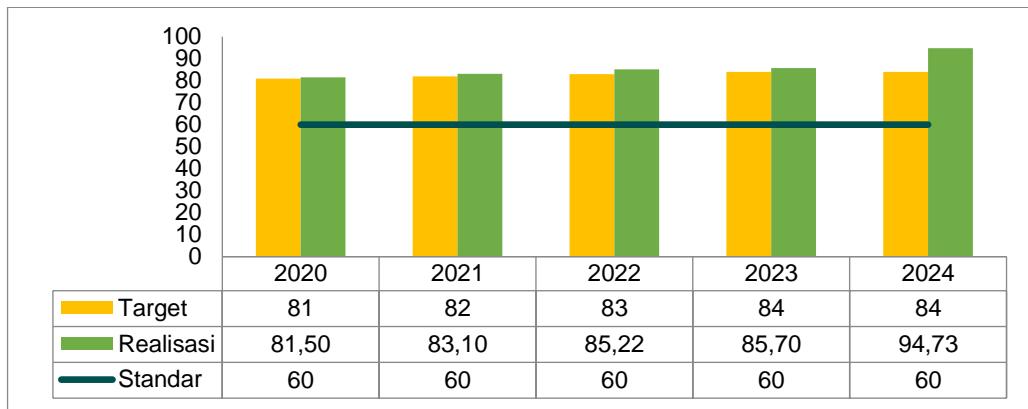
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

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

- c. Realisasi indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

Tabel 3.34. Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun Tahun 2020-2024

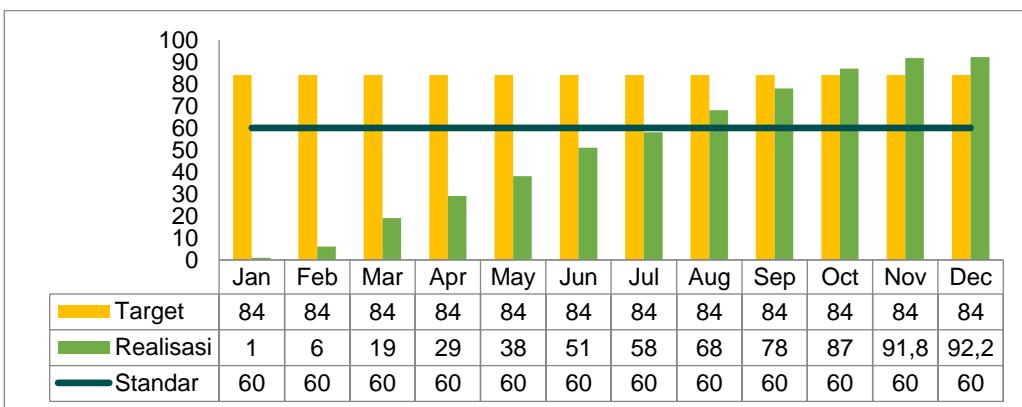
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020	>60%	81%	81,50%	100,62%
2.	2021		82%	83,10%	101,34%
3.	2022		83%	85,22%	102,67%
4.	2023		84%	85,70%	102,02%
5.	2024		84%	94,73%	112,77%



Grafik 3.21. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

Tabel 3.35. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	> 60%	84%	42	3.139	1,34%	2%
2.	Februari	> 60%	84%	182	3.139	5,80%	7%
3.	Maret	> 60%	84%	579	3.139	18,45%	22%
4.	April	> 60%	84%	887	3.139	28,26%	34%
5.	Mei	> 60%	84%	1.141	3.139	36,35%	43%
6.	Juni	> 60%	84%	1.552	3.139	49,44%	59%
7.	Juli	> 60%	84%	1.762	3.139	56,13%	67%
8.	Agustus	> 60%	84%	2.042	3.139	65,05%	77%
9.	September	> 60%	84%	2.283	3.139	72,73%	87%
10.	Oktober	> 60%	84%	2.626	3.139	83,66%	100%
11.	November	> 60%	84%	2.770	3.139	88,24%	105%
12.	Desember	> 60%	84%	2.782	3.139	88,63%	106%



Grafik 3.22. Indikator Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun

Dari tabel 3.35. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun pada Tahun 2024 sebesar 88,63% tercapai bila dibandingkan target

Tahun 2024 sebesar 84% dengan capaian kinerja sebesar 106% dari target yang ditetapkan.

- 2) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun pada Tahun 2024 sebesar 88,63% lebih tinggi dibandingkan standar nasional Tahun 2024 sebesar 60% dengan capaian kinerja sebesar 148% 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 2024 dan sudah melebihi target yang ditetapkan.
- 4) Realisasi indikator Terlaksananya 20 Jam Pelatihan per Karyawan per tahun pada Tahun 2024 sebesar 88,63% belum mencapai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 84%. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 106% 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 Kementerian Kesehatan Plataran Sehat, dan pelatihan dilaksanakan secara online. 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 pasca pelatihan.

e. Kendala

Adanya perubahan sistem Penyelenggaraan Pelatihan yang harus menggunakan Plataran Sehat, yang harus berproses sesuai ketentuan.

Peserta masih ada yang kesulitan mengakses Plataran Sehat.

SDM yang harus memprioritaskan pelayanan, sehingga tidak semua Pelatihan yang direncanakan dapat terlaksana

f. Upaya solusi

Upaya perbaikan/ solusi yang akan dilakukan:

- 1) Pendampingan untuk karyawan yang belum bisa menggunakan LMS Kemenkes dengan sistem Plataran Sehat
- 2) Mengembangkan aplikasi TNA (*Training Need Assessment*) sebagai Upaya pemetaan pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung kompetensi teknis dan manajerial dalam memberikan pelayanan.

- 3) Optimalisasi SI PADU (Sistem Pelatihan Terpadu) agar data pelatihan dari Instalasi Diklat, Tim Kerja Diklat dan Tim Kerja OSDM dapat terintegrasi.
  - 4) Memperbaiki pola pelaporan kegiatan diklat mandiri karyawan melalui simetris.net/ *logbook* atau melaporkan langsung ke Tim Kerja Diklat.
  - 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 praktik. 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 praktik  $Rp40.000,- \times 15 \text{ orang} \times 2 \text{ hari} = Rp1.200.000,-$ . Terjadi efisiensi  $Rp34.800.000,-$  dalam sekali pelatihan.

## 19. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

- a. Definisi Operasional Indikator Prosentase implementasi 20 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 (BerAkhlaq) dari Kementerian Kesehatan yang disetarakan dengan budaya organisasi **\*SARDJITO (Safety Akuntabel Ramah Dinamis Jujur Inovatif Terpercaya Obyektif)**

Tabel 3.36. Budaya Organisasi **\*SARDJITO\*** :

<b>BerAkhlaq</b>	<b>SARDJITO</b>	<b>URAIAN</b>
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	<i>Safety</i>	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 produktivitas. 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.

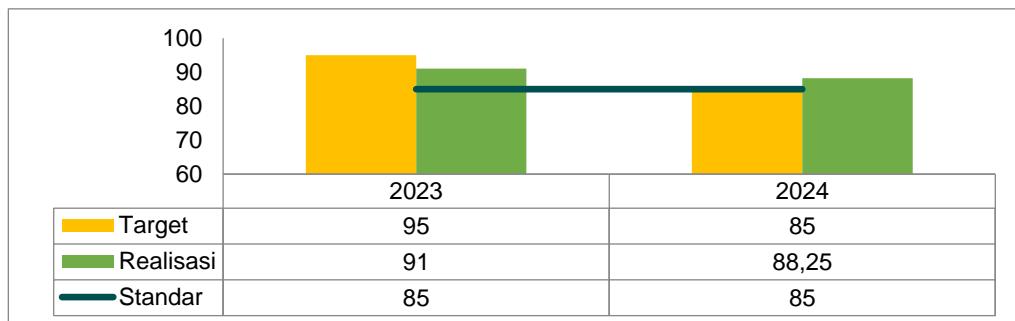
b. Formula perhitungan sebagai berikut

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

c. Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

Tabel 3.37. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

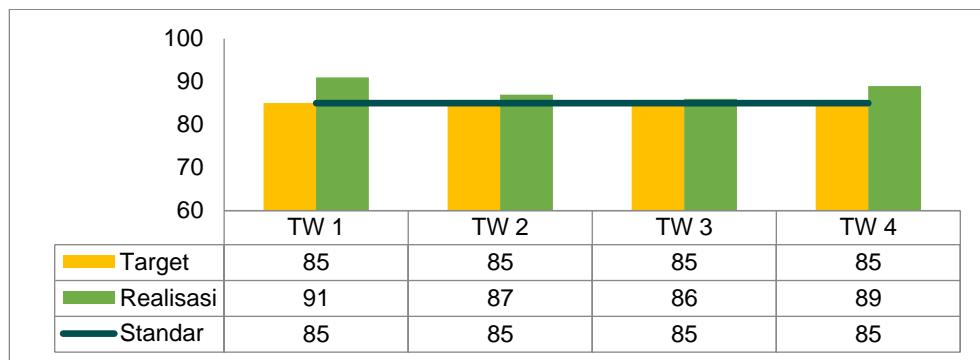
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	≥ 85%	95%	91%	95,79%
5.	2024	≥ 85%	85%	88,25%	103,82%



Grafik 3.23. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

Tabel 3.38. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO- BERAKHLAK

No.	Triwulan	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	TW 1	85%	85%	91%	107,06%
2.	TW 2	85%	85%	87%	102,35%
3.	TW 3	85%	85%	86%	101,18%
4.	TW 4	85%	85%	89%	104,71%



Grafik 3.24. Indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK

Dari tabel 3.38. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2024 sebesar 88,25% lebih tinggi dari target Tahun 2024 sebesar 85% dengan realisasi capaian kinerja sebesar 103,82% 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) Dibanding TW 1, capaian TW 2, 3, dan 4 mengalami penurunan karena di TW 1 berdasarkan standar yang diinginkan pegawai, sedangkan pada TW berikutnya berdasarkan standar yang ditetapkan rumah sakit. Item survei berbeda antara TW 1 dan TW 2, 3, dan 4. Setelah Triwulan 1 pertanyaan yang tidak reliabel dihilangkan.
  - 3) 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.
  - 4) Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2024 sebesar 88,25% sudah melebihi

standar nasional sebesar 85%, dengan realisasi capaian sebesar 103,82% dari standar nasional yang ditetapkan.

- 5) Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2024 sebesar 88,25% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 85%. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 103,82% dari target jangka menengah.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

- 1) Rapat koordinasi rutin setiap bulan kepada PIC SDM tentang nilai-nilai Berakhlak sekaligus evaluasi nilai Berakhlak.
- 2) Koordinasi kegiatan dengan memasukkan nilai-nilai berakhlak
- 3) Pendampingan satker untuk sosialisasi nilai nilai budaya SARDJITO

e. Kendala

Realisasi indikator Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK Tahun 2024 lebih tinggi dari target. Masih ada 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.

f. Upaya solusi

Dalam rangka memperbaiki implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK 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 BerAkhlaq. 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 BERAKHLAK dengan adanya dukungan pimpinan untuk menumbuhkan budaya Safety, Akuntabel, Ramah, Dinamis, Jujur, Inovatif, Terpercaya, dan Obyektif sebagai implementasi BERAKHLAK.

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

- 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.
- 4) Mengembangkan sistem penilaian akhlak pegawai dengan *personal grooming*

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1). Salah satu inovasi Pemanfaatan Panas Udara Ruang Mesin Blower Dan Exhaust Fan Untuk Pengelolaan Lumpur Ipal sehingga akan mengurangi biaya pengelolaan lumpur maupun tagihan listrik, mengoptimalkan kinerja sistem IPAL, menambah produktifitas kerja, meringankan beban kerja, serta dapat diterapkan di Fasyankes lain.
- 2). Donor darah dari pegawai berkontribusi dalam ketersediaan darah di rumah sakit.
- 3). Perilaku seluruh karyawan melakukan efisiensi penggunaan Listrik dengan cara: Mematikan AC jika ruangan tidak digunakan, mengatur suhu ruang kerja non pelayanan berkisar antara suhu 24-27 derajat Celcius, mematikan lampu ruangan jika tidak digunakan akan menghemat Intensitas Konsumsi Energi (IKE), pada tahun 2022: IKE 14,28 (cukup efisien), tahun 2023: IKE 13,61 (efisien), tahun 2024: IKE 13,31 (efisien), Dimana kategori rating efisiensi indeks IKE < 14, semakin kecil indeks IKE semakin efisien penggunaan energi Sumber Daya Listrik.

**20. Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar**

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan

Pengujian adalah keseluruhan tindakan yang meliputi pemeriksaan fisik dan pengukuran untuk membandingkan alat yang diukur dengan standar, atau untuk menentukan besaran atau kesalahan pengukuran.

Kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukkan alat ukur dan/atau bahan ukur.

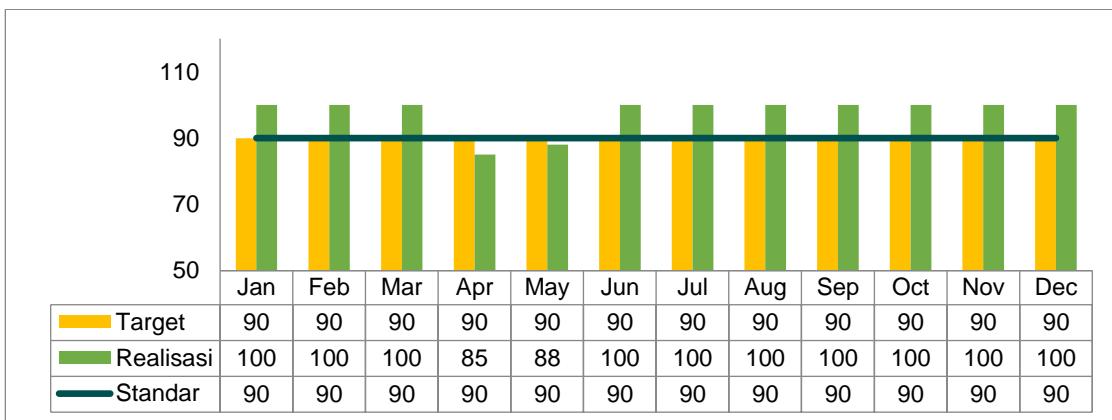
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.

- c. Realisasi indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar.

Tabel 3.39. Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	90%	90%	4208	4208	100%	111%
2.	Februari	90%	90%	4208	4208	100%	111%
3.	Maret	90%	90%	4208	4208	100%	111%
4.	April	90%	90%	3581	4208	85%	88,9%
5.	Mei	90%	90%	3705	4208	88%	94,4%
6.	Juni	90%	90%	4208	4208	100%	111%
7.	Juli	90%	90%	4208	4208	100%	111%
8.	Agustus	90%	90%	4208	4208	100%	111%
9.	September	90%	90%	4208	4208	100%	111%
10.	Oktober	90%	90%	4220	4220	100%	111%
11.	November	90%	90%	4220	4220	100%	111%
12.	Desember	90%	90%	4220	4220	100%	111%



Grafik 3.25. Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Dari tabel 3.39. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar Tahun 2024 sebesar 100% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 90% dengan capaian kinerja sebesar 111% dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar Tahun 2024 sebesar 100% telah melebihi standar nasional sebesar 90%.
- 3) Realisasi indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar Tahun 2024 sebesar 100% sudah sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 90%. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 111% dari target jangka menengah.
- 4) Pada pelaksanaan kalibrasi tahap ke 2 bulan April-Mei 2024 terjadi penurunan jumlah alat yang di kalibrasi karena kontrak pengadaan kalibrasi terlambat sehingga pelaksanaan mundur pada bulan Mei-Juni.
- 5) Pada tahun 2020-2023, Indikator Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi 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 bulan April-Mei kontrak pengadaan kalibrasi terlambat sehingga pelaksanaan mundur pada bulan Mei-Juni.
- 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

- Meningkatkan koordinasi antara IPSRS dengan PPK untuk pengadaan kalibrasi sehingga sesuai dengan jadwal kalibrasi yang telah ditetapkan.
- Dilakukan penjadwalan ulang untuk alat yang masih dipakai untuk pelayanan, melakukan koordinasi dengan bagian pemeliharaan alat kesehatan untuk segera diperbaiki. Jika tidak bisa diperbaiki dalam waktu cepat akan digantikan dengan mengkalibrasi alat baru.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

RSUP Dr Sardjito telah memperoleh izin 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 yang dimulai pada bulan Oktober Tahun 2024, pada 12 jenis alat (*Baby incubator, tensimeter, centrifuge, elektrocardiografi, fetal doppler, infant warmer, operating lamp, foto therapy, suction pump, syringe pump, timbangan bayi, dental unit*) dengan jumlah alat

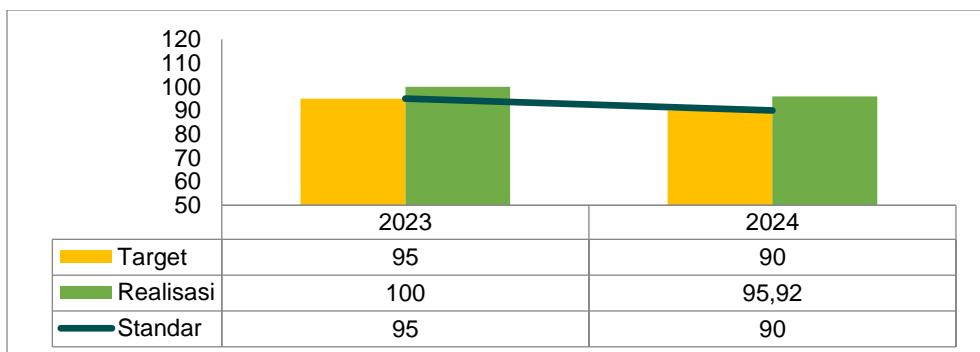
sebanyak 111 di RSUP Dr. Sardjito dengan perhitungan sebagai berikut: kalibrasi eksternal Rp22.608.000,-. Dengan kalibrasi internal kita hanya mengeluarkan biaya untuk sertifikat sebesar Rp5.550.000,-, sehingga terjadi efisiensi sebesar 75,45% dengan nilai Rp17.058.000,-.

**21. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar**

- Definisi Operasional Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar  
Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit
- Formula perhitungan sebagai berikut  
Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (di cek dalam ASPAK RS UPT Vertikal).
- Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.

Tabel 3.40. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	100,00%	105,26%
5.	2024	90%	90%	95,92%	106,6%



Grafik 3.26. Indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar  
Dari tabel 3.40. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2024 sebesar 95,92% sesuai standar nasional dan di atas target yang ditetapkan 90%. Persentase realisasi capaian sebesar 106,6% sesuai target yang ditetapkan.
  - 2) Realisasi indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2024 sebesar 95,92% melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 90%. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 106,6% 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, BPK, 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
- 1) RSUP Dr Sardjito telah memperoleh izin 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 (BPK).

- 2) 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.
- 3) Efisiensi biaya pengujian dan kalibrasi internal pada Tahun 2024, pada 12 jenis alat (Baby incubator, tensimeter, centrifuge, elektrocardiografi, fetal doppler, infant warmer, operating lamp, foto therapy, suction pump, syringe pump, timbangan bayi, dental unit) dengan jumlah alat sebanyak 111 di RSUP Dr Sardjito dengan perhitungan sebagai berikut: kalibrasi eksternal Rp22.608.000,-. Dengan kalibrasi internal kita hanya mengeluarkan biaya untuk sertifikat sebesar Rp5.550.000,-, sehingga terjadi efisiensi sebesar 75,45% dengan nilai Rp17.058.000,-.

## 22. Indikator Utilitas alat kesehatan

- a. Definisi Operasional Indikator Utilisasi 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 sumber daya dan populasi pasien

Alat yang akan diukur utilitasnya adalah alat untuk stratifikasi pelayanan kanker, jantung, stroke, uronefrologi, berupa Digital X Ray, CT Scan, MRI, Mamografi, LINAC, Brachitherapi, SPECT.

- b. Formula perhitungan sebagai berikut :

- 1) Performance alat yang diukur =

$$\frac{\text{Penggunaan alat per hari kerja sebulan}}{\text{Target penggunaan alat per hari kerja sebulan}} \times 100\%$$

- 2) Utilitas Alat =

$$\frac{\text{Jumlah performance alat yang diukur (hari kerja sebulan)}}{\text{Jumlah alat yang diukur}} \times 100\%$$

c. Realisasi indikator Utilisasi alat kesehatan

Pengukuran utilitas alat kesehatan awalnya dilakukan pengukuran performance alat dikarenakan alat yang diukur lebih dari satu alat. Alat yang diukur meliputi: Digital X Ray, CT Scan, MRI, Mamografi, LINAC, Brachytherapy, SPECT.

1) *Performance* alat yang diukur

No.	Nama Alat	Performance											
		Jan	Feb	Maret	Apr	Mei	Jun	Juli	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
1.	Digital X Ray	109,46 %	120,01 %	113,86 %	125,88 %	127,88 %	122,50 %	107,81 %	112,72 %	104,83 %	107,82 %	121,14 %	124,17 %
2.	CT Scan	99,09%	107,22 %	89,05%	114,00 %	137,67 %	134,78 %	136,09 %	125,45 %	115,55 %	122,43 %	130,40 %	140,10 %
3.	MRI	111,06 %	129,26 %	118,95 %	134,38 %	130,93 %	135,00 %	134,49 %	136,97 %	138,33 %	134,20 %	143,67 %	135,67 %
4.	Mamografi	10,74%	9,09%	10,53%	7,95%	8,59%	10,10%	8,70%	9,50%	5,37%	15,42%	20,91%	13,64 %
5.	LINAC	127,95 %	129,96 %	131,19 %	138,43 %	148,07 %	148,77 %	138,04 %	131,28 %	118,38 %	133,08 %	119,22 %	121,52 %
6.	Brachitherapi	309,09 %	308,33 %	234,21 %	246,88 %	333,33 %	283,33 %	254,35 %	381,82 %	315,91 %	273,91 %	285,00 %	260,00 %
7.	SPECT	293,64 %	332,22 %	292,63 %	298,75 %	358,89 %	318,89 %	321,74 %	313,64 %	279,09 %	319,13 %	337,00 %	365,00 %
8.	CT Simulator	135,61 %	137,50 %	106,14 %	139,06 %	139,35 %	116,67 %	124,28 %	131,06 %	129,55 %	112,32 %	116,67 %	127,92 %
9.	Kamar Operasi	109,78 %	115,94 %	113,39 %	98,30%	122,52 %	118,30 %	125,19 %	127,77 %	113,54 %	130,15 %	140,82 %	134,95 %
10.	Cathlab	44,02%	45,58%	48,64%	54,40%	56,28%	55,25%	42,91%	39,98%	37,71%	43,48%	49,81%	46,48 %
Rata-rata		135,04 %	143,51 %	125,86 %	135,80 %	156,35 %	144,36 %	139,36 %	151,02 %	135,83 %	139,19 %	146,46 %	146,94 %

Tabel 3.41. *Performance* alat yang diukur

2) Utilitas Alat:

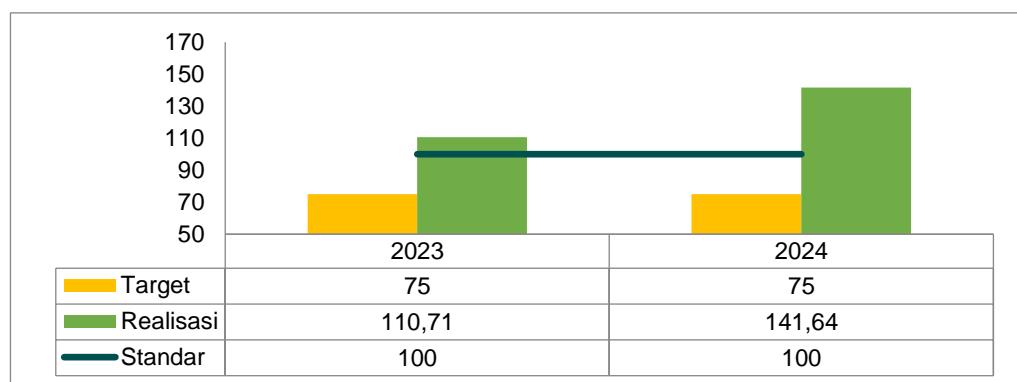
Tabel 3.42. Utilitas Alat per Bulan

No.	Bulan	Jumlah <i>performance</i> alat yang diukur (hari kerja sebulan)	Jumlah alat yang diukur	Utilitas Alat
1.	Januari	1.350,44%	10	135,04%
2.	Februari	1.435,12%	10	143,51%
3.	Maret	1.258,58%	10	125,86%
4.	April	1.358,02%	10	135,80%
5.	Mei	1.563,49%	10	156,35%
6.	Juni	1.443,57%	10	144,36%
7.	Juli	1.393,60%	10	139,36%
8.	Agustus	1.510,19%	10	151,02%
9.	September	1.358,26%	10	135,83%
10.	Okttober	1391,94%	10	139,19%
11.	November	1464,6%	10	146,46%

12.	Desember	1469,4%	10	146,94%
Tahun 2024		1416,43%	10	141,64%

Tabel 3.43. Indikator Utilitas alat kesehatan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	100%	75%	83,03%	110,71%
5.	2024	100%	75%	141,64%	188,86%



Grafik 3.27. Indikator Utilitas alat kesehatan

Dari tabel 3.43. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2024 sebesar 141,64% melebihi target yang ditetapkan 75%, dengan realisasi capaian sebesar 188,86% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2024 sebesar 141,64% sudah melebihi standar nasional 100%, dengan realisasi capaian sebesar 188,86%.
- 3) Realisasi indikator Utilitas alat kesehatan Tahun 2024 sebesar 141,64% sudah melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 75%. Realisasi tahun 2024 sudah mencapai 188,86% 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 SPECT dan Brachitherapi yang disebabkan oleh kenaikan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap pada Semester 1 Tahun

2024. Dukungan manajemen rumah sakit berupa pemenuhan SDM dokter dan operator alat kesehatan yang kompeten.

e. Kendala

Alat Kesehatan dengan utilitas yang rendah adalah Mamografi dan Cathlab. Utilitas mamografi rendah karena kurangnya kesadaran dan edukasi, masih banyak pasien yang belum menyadari pentingnya pemeriksaan mamografi secara rutin untuk deteksi dini kanker payudara. Edukasi kurang optimal mengenai manfaat mamografi. Ketakutan dan stigma beberapa pasien wanita yang merasa takut atau cemas terhadap prosedur mamografi karena rasa sakit yang dirasakan selama pemeriksaan atau karena takut akan hasil yang mungkin menunjukkan adanya kanker.

Pemakaian Cathlab belum optimal karena cathlab tidak buka di hari Sabtu dan Minggu, belum banyak tindakan-tindakan non jantung seperti radiologi intervensi yang membutuhkan ruang cathlab.

f. Upaya solusi

Melakukan promosi yang lebih gencar untuk pemeriksaan mamografi di RSUP Dr Sardjito untuk seluruh pasien baik pasien BPJS, IKS atau pasien umum, dengan harga yang kompetitif.

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 investasi tahun 2024 Rp117.516.000.000,00 sedangkan surplus bersih tahun 2024 Rp3.989.422.224,00, sehingga ROI 3,39%, artinya surplus berbanding modal yang dikeluarkan sebesar 3,39%

Pemeriksaan dengan menggunakan alat MRI: Total investasi tahun 2024 Rp53.199.244.890,00 sedangkan surplus bersih tahun 2024 Rp7.194.390.675,00, sehingga ROI 13,52%.

Pemeriksaan dengan menggunakan alat MSCT: Total investasi tahun 2024 Rp22.147.175.368,00 sedangkan surplus bersih tahun 2024 Rp6.256.443.753,00, sehingga ROI 28,25%.

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

Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik ( minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

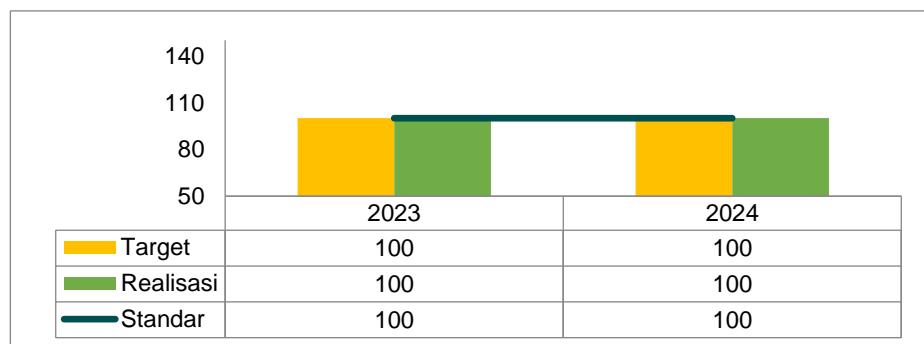
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100.

- c. Realisasi indikator Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Tabel 3.44. 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	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	100%	100%	100%	100%
5.	2024	100%	100%	100%	100%



Grafik 3.28. Indikator Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Dari tabel 3.44. 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 2024 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 2024 sebesar 100% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 100%. Realisasi tahun 2024 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 di setiap pelayanan yang memerlukan sistem tersendiri. Kualitas data yang diinputkan dari satuan kerja belum optimal.

Banyak data yang kosong dan hanya copy paste (contoh Resume Medis dokter di bawah ini:

Igl. Registrasi	: 18-01-2024 16:59:34	IMT sebelum dirawat : 25.9 / kg/m <sup>2</sup>
Tgl. Pulang	: 19-01-2024 07:37:00	IMT sesudah dirawat : 25.97 kg/m <sup>2</sup> *
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 <sup>2</sup> (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. Refreshing berkala bagi pengguna RME untuk pengisian RME.

Evaluasi RME dilakukan setiap ada implementasi 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, dan pada Tahun 2024 biaya cetakan sebesar Rp190.360.000,- 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.

## 24. 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 tata kelola dan *leadership* memastikan efektivitas manajemen BLU secara keseluruhan, yang diukur berdasarkan indikator:

      - *Stakeholders Relationship*
      - *Etika Bisnis*
      - *Manajemen Risiko*
      - *Pengawasan dan Pengendalian*
    - iii. Inovasi (bobot 10%)

Aspek inovasi menunjukkan 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.

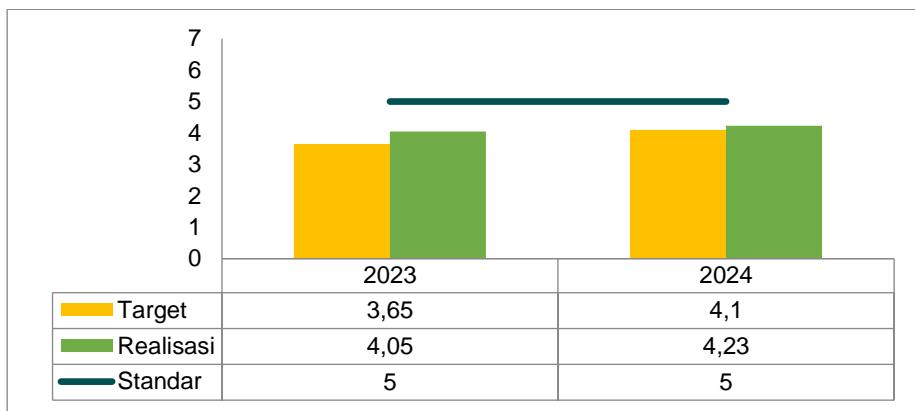
b. Formula perhitungan sebagai berikut

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

c. Realisasi indikator Maturitas BLU

Tabel 3.45. Indikator Maturitas BLU

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	5	3,65	4,05	110,96%
5.	2024	5	4,1	4,21	102,7%



Grafik 3.29. Indikator Maturitas BLU

Dari tabel 3.45. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Maturitas BLU Tahun 2024 sebesar 4,21 di atas target yang ditetapkan sebesar 4,1, dengan realisasi capaian sebesar 102,7% dari target yang ditetapkan. Capaian tersebut adalah nilai Maturitas BLU Tahun 2023 yang dinilai pada tahun 2024.
- 2) Realisasi indikator Maturitas BLU Tahun 2024 sebesar 4,21 melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 4,1. Realisasi tahun 2024 sudah mencapai 102,7% dari target jangka menengah. Realisasi yang diperoleh merupakan hasil akhir setelah ada persetujuan dari Direktorat PPKBLU Kementerian Keuangan.
- 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.
- 4) Hasil akhir tingkat maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah disetujui oleh Direktorat PPK BLU adalah **4,21** dengan masuk dalam level 4 (*Predictable*).

Tabel 3.46. Hasil Maturitas BLU Tahun 2023

No	Aspek Penialian	Indikator	Bobot	Nilai
1	Keuangan		20%	4,19
		Likuiditas		2,50
		Efisiensi		5,00
		Efektivitas		4,25
		Tingkat Kemandirian		5,00
2	Pelayanan		25%	4,13
		Indeks Kepuasan Masyarakat		4,00
		Efisiensi Waktu Pelayanan		2,75
		Sistem Pengaduan Layanan		5,00

No	Aspek Penialian	Indikator	Bobot	Nilai
		Tingkat Kesuksesan Pemenuhan layanan		4,75
3	Kapabilitas Internal		20%	4,75
		Sumber Daya Manusia		5,00
		Proses Bisnis		5,00
		Teknologi		5,00
		Customer Focus		4,00
4	Tata Kelola dan Kepemimpinan		20%	4,20
		Perencanaan Strategis		4,00
		Etika Bisnis		3,00
		Stakeholders Relationship		4,00
		Manajemen Risiko		5,00
		Pengawasan dan Pengendalian		5,00
5	Inovasi		10%	3,25
		Keterlibatan Pengguna Layanan		3,00
		Proses Inovasi		4,00
		Knowledge Management		4,00
		Change management		2,00
6	Lingkungan		5%	4,50
		Environmental Footprint Management		5,00
		Penggunaan Sumber Daya		4,00
<b>Tingkat Maturitas BLU</b>				<b>4,21</b>



d.

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, pemantauan TL-LHP, penggunaan air, pengukuran waktu penyelesaian keluhan pasien, dll.

e. Kendala

- 1) Dari seluruh aspek yang dinilai, ditemukan permasalahan-permasalahan sebagai berikut:

a) Aspek Keuangan

Indikator	Self Assesment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
Likuiditas	2,50	2,50	1,63
Efisiensi	5,00	5,00	5,00
Efektivitas	4,25	4,25	3,25
Tingkat Kemandirian	5,00	5,00	5,00
<b>Level</b>	<b>4,19</b>	<b>4,19</b>	<b>3,72</b>

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **tidak terdapat deviasi** antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 dengan hasil pemeriksaan oleh Direktorat PPK BLU untuk Aspek Keuangan. Hasil pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **lebih tinggi** dari pada Tahun 2022. Pada tahun 2023 indikator yang mengalami kenaikan bila dibanding tahun 2022 yaitu indikator “Likuiditas” dengan kenaikan nilai sebesar 0,37 dan indikator “Efektivitas” mengalami kenaikan sebesar 1,00.

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Keuangan pada penilaian tahun 2024 antara lain:

(1) Perbaikan Indikator Likuiditas

Indikator likuiditas dihitung dengan menggunakan rasio lancar dan rasio optimalisasi kas secara berkelanjutan.

$$\begin{aligned}
 1. \text{ Rasio Lancar} &= \frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \\
 2. \text{ Rasio Optimalisasi Kas} &= \frac{\text{Pendapatan Investasi Jangka Pendek}}{\text{Saldo rekening operasional + pengelolaan kas}}
 \end{aligned}$$

b) Aspek Pelayanan

Indikator	Self Assesment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
Indeks Kepuasan Masyarakat	4,00	4,00	4,00
Efisiensi Waktu Pelayanan	2,75	2,75	2,25
Sistem Pengaduan Layanan	5,00	5,00	5,00
Tingkat Kesuksesan Pemenuhan layanan	4,75	4,75	3,88
<b>Level</b>	<b>4,13</b>	<b>4,13</b>	<b>3,84</b>

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **tidak terdapat deviasi** antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 dengan hasil pemeriksaan oleh Direktorat PPK BLU untuk Aspek Pelayanan. Hasil pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **lebih tinggi** dari pada Tahun 2022. Indikator yang mengalami peningkatan nilai di tahun 2023 yaitu indikator “*Efisiensi Waktu Pelayanan*” dan “*Tingkat Kesuksesan Pemenuhan layanan*”.

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Pelayanan pada penilaian tahun 2024 yaitu peningkatan Capaian Indikator Efisiensi Waktu Pelayanan. Indikator efisiensi waktu pelayanan diukur secara berkelanjutan dan mencapai target. Tujuan penilaian efisiensi waktu pelayanan adalah memahami kemampuan BLU dalam menghantarkan layanan sesuai atau dalam standar waktu pelayanan yang telah ditentukan dimana waktu tunggu yang diukur ialah waktu tunggu rawat jalan dan waktu tunggu IGD.

c) Kapabilitas Internal

Indikator	Self Assesment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
Sumber Daya Manusia	5,00	5,00	4,00
Proses Bisnis	5,00	5,00	5,00
Teknologi	5,00	5,00	5,00
Customer Focus	5,00	4,00	5,00
<b>Level</b>	<b>5,00</b>	<b>4,75</b>	<b>4,75</b>

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **terdapat** deviasi antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 dengan hasil pemeriksaan oleh Direktorat PPK BLU untuk Aspek Kapabilitas Internal. Hasil pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **sama dengan** Tahun 2022. Akan tetapi, terdapat indikator yang mengalami perubahan nilai yaitu indikator “*Sumber Daya Manusia*” yang mengalami **peningkatan** nilai di tahun 2023 sebesar 1,00 dan indikator “*Customer Focus*” yang mengalami **penurunan** nilai di tahun 2023 sebesar 1,00.

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Kapabilitas Internal pada penilaian tahun 2024 antara lain:

- (1) Laporan Hasil Penelitian atau Riset terkait peluang inovasi SDM, peluang inovasi proses bisnis, peluang inovasi teknologi dan peluang inovasi terkait pengelolaan pelayanan kepada masyarakat mencakup namun tidak terbatas pada penyediaan sarana kritik dan saran, merespon isu dan keluhan untuk mendorong pertumbuhan organisasi.
- (2) Unit Kerja dengan tusi Pengembangan/Inovasi SDM, inovasi proses bisnis, inovasi terkait pelayanan kepada pelanggan beserta Program Kerjanya.
  - Penilaian tahun sebelumnya menggunakan SOTK dan program kerja Instalasi Inovasi dimana untuk penilaian tahun 2024 perlu dilakukan perbaikan tugas pokok fungsi instalasi Inovasi serta perbaikan kebijakan dan SOP di Instalasi Inovasi.

d) Tata Kelola dan Kepemimpinan

Indikator	Self Assesment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
Perencanaan Strategis	5,00	4,00	5,00
Etika Bisnis	5,00	3,00	4,00
Stakeholder's Relationship	5,00	4,00	5,00
Manajemen Risiko	5,00	5,00	5,00
Pengawasan dan Pengendalian	5,00	5,00	4,00
<b>Level</b>	<b>5,00</b>	<b>4,20</b>	<b>4,60</b>

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **terdapat deviasi** antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 dengan hasil pemeriksaan oleh Direktorat PPK BLU untuk Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan. Hasil pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **lebih rendah** dari pada Tahun 2022. Pada tahun 2023 terdapat **3 indikator** yang mengalami **penurunan** nilai dibanding tahun 2022. Ketiga indikator tersebut yaitu *“Perencanaan Strategis”*, *“Etika Bisnis”* dan *“Stakeholder Relationship”*, dimana masing-masing mengalami penurunan sebesar 1,00.

Pada tahun 2023 juga terdapat indikator yang mengalami **peningkatan** nilai yaitu indikator *“Pengawasan dan Pengendalian”* sebesar 1,00.

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan pada penilaian tahun 2024 antara lain:

- (1) Laporan Hasil Penelitian atau Riset terkait peluang inovasi perencanaan strategis, Inovasi terkait penerapan kode etik, inovasi manajemen risiko dan peluang inovasi pengawasan dan pengendalian.
  - (2) Laporan Analisis *Stakeholder Feedback* untuk indikator Perencanaan strategis harus berasal dari berbagai pihak tidak hanya dari dewas
  - (3) Laporan anáisis evaluasi penerapan kode etik organisasi berbasis risiko,
  - (4) Dashboard pemantauan penerapan kode etik organisasi
  - (5) Sistem informasi manajemen kode etik yang terintegrasi dan penerapan manajemen risiko
- e) Aspek Inovasi

Indikator	Self Assessment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
Keterlibatan Pengguna Layanan	4,00	3,00	1,00
Proses Inovasi	4,00	4,00	4,00
Knowledge Management	4,00	4,00	4,00
Change management	4,00	2,00	2,00
<b>Level</b>	<b>4,00</b>	<b>3,25</b>	<b>2,75</b>

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **terdapat deviasi** antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 dengan hasil pemeriksaan oleh Direktorat PPK BLU untuk Aspek Inovasi. Hasil pemeriksaan Dit. PPK

BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **lebih tinggi** dari pada Tahun 2022. Indikator yang mengalami **peningkatan** nilai di tahun 2023 yaitu indikator “*Keterlibatan Pengguna Layanan*” sebesar 3,00. Indikator yang **perlu mendapat perhatian** yaitu “*Change management*” yang tidak mengalami perubahan nilai di tahun 2023 yaitu 2,00.

f. Upaya solusi

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Inovasi pada penilaian tahun 2024 antara lain:

- 1) Indikator Keterlibatan Pengguna Layanan
  - a) Laporan Monitoring dan Evaluasi atas Keterlibatan Pengguna Layanan dalam pengembangan inovasi di RSUP Dr. Sardjito
  - b) Dashboard pemantauan proses pengembangan inovasi layanan yang mencakup keterlibatan pengguna layanan
  - c) Laporan hasil penelitian atau riset terkait peluang inovasi pengelolaan layanan kepada masyarakat
  - d) Kerjasama dengan pengguna layanan sebagai co-designer dan co-producer inovasi layanan
  - e) Perbaikan tugas pokok fungsi instalasi Inovasi serta perbaikan kebijakan dan SOP di Instalasi Inovasi.
- 2) Indikator Proses Inovasi
  - a) Kebijakan terkait Program Inovasi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta agar belum mengatur terkait kegiatan monitoring dan evaluasi atas program inovasi
  - b) *Dashboard* Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan (internal/eksternal), mencakup proses inovasi yang sedang dikembangkan/dibangun maupun yang telah diimplementasikan. Bentuk *dashboard* tidak dibatasi harus bentuk aplikasi berbasis internet
  - c) Sistem terintegrasi untuk mendukung pelaksanaan proses inovasi
  - d) Laporan hasil penelitian atau riset terkait peluang inovasi dalam proses inovasi produk layanan.
  - e) Laporan monitoring atas program pelaksanaan inovasi
- 3) Indikator Manajemen Pengetahuan
  - a) Laporan Analisis Capaian Kinerja terkait Proses Manajemen Pengetahuan Organisasi Berbasis Risiko tahun 2024
  - b) *Dashboard* Pemantauan Proses Manajemen Pengetahuan Bentuk

- dashboard tidak dibatasi harus bentuk aplikasi berbasis internet
- c) Sistem Informasi Manajemen Pengetahuan Terintegrasi Dengan Sistem Informasi Sumber Daya Manusia
  - d) Laporan hasil penelitian atau riset terkait peluang inovasi manajemen pengetahuan untuk mendorong pertumbuhan organisasi
  - e) Unit Kerja dengan tusi Pengembangan/Inovasi manajemen pengetahuan
- 4) Indikator *Change Management*
- a) Notulensi Rapat Penyusunan Fungsi Manajemen Perubahan untuk program kerja tertentu/Surat Penunjukan atas Fungsi Manajemen Perubahan Tahun 2024
  - b) Laporan Evaluasi Proses Manajemen Perubahan/*Agent Of Change*/Tim Transformasi Tahun 2024
  - c) Laporan analisis capaian kinerja manajemen perubahan
  - d) Dashboard pemantauan proses manajemen perubahan
  - e) Laporan analisis capaian kinerja manajemen perubahan berbasis risiko
  - f) Laporan hasil penelitian atau riset terkait peluang inovasi manajemen perubahan
  - g) Sistem informasi manajemen perubahan yang terintegrasi dengan sistem pengendalian internal
  - h) Kebijakan/Prosedur (SOP) Manajemen Perubahan tahun 2024
  - i) Struktur, tugas fungsi manajemen perubahan dan program kerja manajemen perubahan.
- 5) Aspek Lingkungan

Indikator	Self Assesment Maturitas BLU Th 2023	Hasil Pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU	
		Tahun 2023	Tahun 2022
<i>Environmental Footprint Management</i>	5,00	5,00	5,00
Penggunaan Sumber Daya	4,00	4,00	3,00
Level	4,50	4,50	4,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas, **tidak terdapat deviasi** antara hasil *self assessment* Maturitas BLU Tahun 2023 untuk Aspek Lingkungan. Hasil pemeriksaan Dit. PPK BLU atas Maturitas BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2023 **lebih tinggi** dari pada Tahun 2022. Indikator yang mengalami peningkatan nilai di tahun 2023 yaitu indikator “Penggunaan Sumber Daya” sebesar 1,00.

Perbaikan yang harus dilakukan dalam rangka peningkatan nilai Aspek Lingkungan pada penilaian tahun 2024 antara lain:

6) Indikator *Environmental Footprint Management*

Laporan Hasil Penelitian atau Riset terkait peluang pengelolaan lingkungan untuk mendorong pertumbuhan organisasi sesuai tahun penilaian.

7) Indikator Penggunaan Sumber Daya

a) Laporan Analisis Capaian Kinerja Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Berbasis Risiko Tahun 2024

b) *Dashboard* Pemantauan Proses Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Bentuk *dashboard* tidak dibatasi harus bentuk aplikasi berbasis internet tahun 2024

c) Sistem Informasi/Tools Pemantauan Efisiensi Penggunaan Sumber Daya (contoh: Sistem Informasi Manajemen Penggunaan Air dan Listrik)

d) Struktur unit kerja dengan tusi efisiensi penggunaan sumber daya dan program kerjanya.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

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

2) Dengan terpenuhinya kriteria maturitas BLU, RSUP Dr Sardjito telah membuat *dashboard* pemantauan kinerja, manajemen risiko, keuangan, pengaduan masyarakat, tindak lanjut LHP, dll, sehingga bisa melakukan efisiensi penggunaan kertas HVS pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 dan 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 Rp99.844.250,00. Serapan tahun 2024 jumlah kertas 1.047 rim dengan nilai Rp51.727.500,00. Dari tahun 2022 ke tahun 2023, terjadi efisiensi sebesar 60% dengan nilai Rp 149.641.250,00. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 35,3% dengan nilai Rp48.116.750,00. Efisiensi kertas pada tahun 2023 dan 2024 sangat dipengaruhi oleh penggunaan kertas bekas pakai dan pemakaian Teknologi Informasi/ dokumen elektronik.

## 25. Indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran

Perhitungan Persentase capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik meliputi : Rasio Kas dan Rasio POBO.

### 1) Rasio Kas

$$\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban jangka pendek}} \times 100\%$$

Rasio Kas di dalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100

Rasio Kas di luar rentang standar (180-360) diberikan skor 50

### 2) Rasio POBO

$$\frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Biaya operasional}} \times 100\%$$

Rasio POBO diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100

Rasio POBO dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50

Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja

Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100

Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99

- b. Formula perhitungan persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik sebagai berikut

$$\frac{\text{Skor Rasio Kas} + \text{Skor Rasio POBO}}{2}$$

- c. Realisasi indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

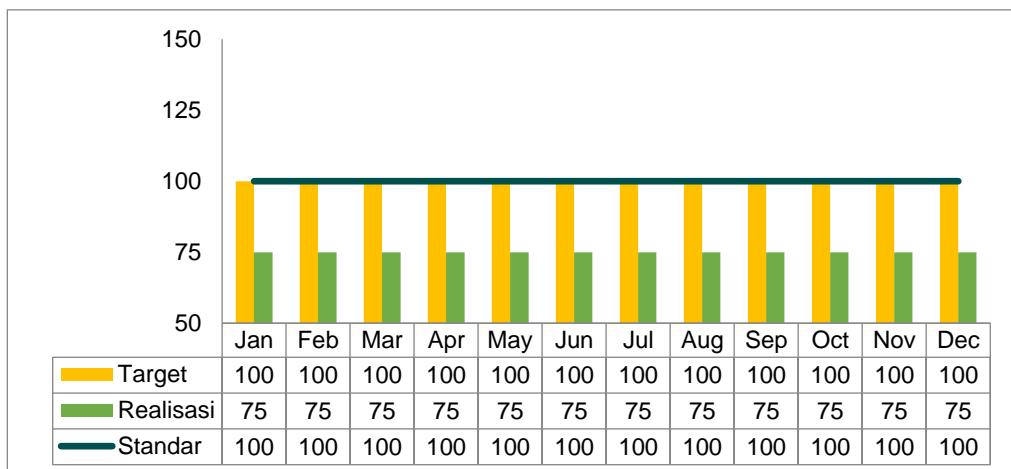
Tabel 3.47. Data Rasio Kas dan Rasio POBO

No	Bulan	Rasio Kas			Rasio POBO		
		Standar	Nilai Rasio	Skor	Standar	Nilai Rasio	Skor
1.	Januari	180%-360%	926,70%	50	>45% atau >65%	141,57%	100
2.	Februari		743,36%	50		131,49%	100
3.	Maret		802,97%	50		112,23%	100
4.	April		649,09%	50		103,84%	100
5.	Mei		386,71%	50		108,69%	100

No	Bulan	Ratio Kas			Ratio POBO		
		Standar	Nilai Rasio	Skor	Standar	Nilai Rasio	Skor
6.	Juni		403,32%	50		102,58%	100
7.	Juli		361,73%	50		105,57%	100
8.	Agustus		358,74%	50		108,25%	100
9.	September		384,40%	50		108,17%	100
10.	Oktober		363,10%	50		110,50%	100
11.	November		374,95%	50		108,55%	100
12.	Desember		764,18%	50		109,37%	100

Tabel 3.48. Indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Realisasi	
1.	Januari	100	100	150	2	75	75%
2.	Februari	100	100	150	2	75	75%
3.	Maret	100	100	150	2	75	75%
4.	April	100	100	150	2	75	75%
5.	Mei	100	100	150	2	75	75%
6.	Juni	100	100	150	2	75	75%
7.	Juli	100	100	150	2	75	75%
8.	Agustus	100	100	150	2	75	75%
9.	September	100	100	150	2	75	75%
10.	Oktober	100	100	150	2	75	75%
11.	November	100	100	150	2	75	75%
12.	Desember	100	100	150	2	75	75%



Grafik 3.30. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik

Dari tabel 3.48. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik Tahun 2024 sebesar 75 belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 100 dengan capaian realisasi sebesar 75%. dibandingkan target.
- 2) Realisasi indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik Tahun 2024 sebesar 75 belum mencapai standar nasional sebesar 100.

- 3) Realisasi indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik Tahun 2024 sebesar 75 belum mencapai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 100. Realisasi Tahun 2024 mencapai 75% dari target jangka menengah.
  - 4) Pada tahun 2020-2023, Indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik belum tercantum dalam IKU/KPI yang dikontrakkan antara Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito dengan Dirjen Yankes Kemenkes RI.
- d. Analisis Penyebab tidak tercapainya Rasio Kas:
- Nilai Kas dan deposito 3 bulan yang masih cukup tinggi terhadap utang. standar adalah sebesar 180 sd 360%
- e. Kendala Rasio Kas
- Belum dilakukan perencanaan antara arus kas masuk dengan pembayaran sehingga saldo akhir pembentuk kas pada akhir bulan belum terprediksi.
- f. Upaya solusi Rasio Kas
- 1) Perlunya Perencanaan Kas yang lebih baik
  - 2) Monitoring rata-rata utang dan pembayaran per bulan
  - 3) Monitoring rata-rata penerimaan per bulan
  - 4) Pengalihan ke deposito 6 bulan
- g. Analisis Penyebab Keberhasilan POBO Tahun 2024
- 1) Perbaikan mutu layanan dan peningkatan sarana prasarana rumah sakit baik pemenuhan alat-alat medis yang berteknologi tinggi sampai dengan penyediaan gedung parkir untuk menunjang pelayanan
  - 2) Efisiensi beban/belanja persediaan, barang dan jasa serta pemeliharaan
  - 3) Optimalisasi pelayanan dan pengembangan produk layanan
  - 4) 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
  - 5) Membentuk Tim Kendali Mutu dan Biaya untuk melakukan analisa terhadap cost Rumah Sakit yang dikeluarkan dengan Klaim JKN yang akan diperoleh.

h. Kendala POBO

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.

i. Upaya Solusi POBO

Mengoptimalkan koordinasi dengan Kementerian Keuangan RI untuk proses interkoneksi modul laporan keuangan

j. 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, dan pada Tahun 2024 biaya cetakan sebesar Rp108.230.000,-

**26. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**

a. Definisi Operasional Indikator

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

Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan

c. Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Tabel 3.49. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	92,5 %	92,5 %	99,38%	107,44%
5.	2024	95 %	95%	99,37%	105%



Grafik 3.31. Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Dari tabel 3.49. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2024 sebesar 99,37% melebihi standar nasional dan di atas target yang ditetapkan. Realisasi capaian sebesar 105% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2024 sebesar 99,37% melebihi target jangka menengah tahun 2024 sebesar 95%. Realisasi Tahun 2024 sudah mencapai 105% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 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 belum dapat diselesaikan karena melibatkan pihak ketiga, dalam hal ini FKKMK UGM terkait setoran biaya pendidikan sebesar Rp1.419.338.503,- dikarenakan FKKMK UGM belum sepakat dengan besaran biaya tersebut.

f. Upaya solusi

Terus melakukan koordinasi dan penagihan tindak lanjut ke FKKMK UGM

k. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Koordinasi dengan FKKMK UGM, Ditjen Yankes, Itjen dan BPK dilakukan secara daring. Surat menyurat melalui aplikasi Srikandi untuk meminimalisir penggunaan kertas dan biaya pengiriman sehingga berkontribusi terhadap penurunan penggunaan kertas seluruh rumah sakit. Penggunaan kertas HVS pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 dan 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 Rp99.844.250,00. Serapan tahun 2024 jumlah kertas 1.047 rim dengan nilai Rp51.727.500,00. Dari tahun 2022 ke tahun 2023, terjadi efisiensi sebesar 60% dengan nilai Rp 149.641.250,00. Dari tahun 2023 ke tahun 2024, terjadi efisiensi sebesar 35,3% dengan nilai Rp48.116.750,00. Efisiensi kertas pada tahun 2023 dan 2024 sangat dipengaruhi oleh penggunaan kertas bekas pakai dan pemakaian Teknologi Informasi/ dokumen elektronik.

## 27. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

a. Definisi Operasional Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih dan telah dilakukan pengesahan. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

b. Formula perhitungan sebagai berikut

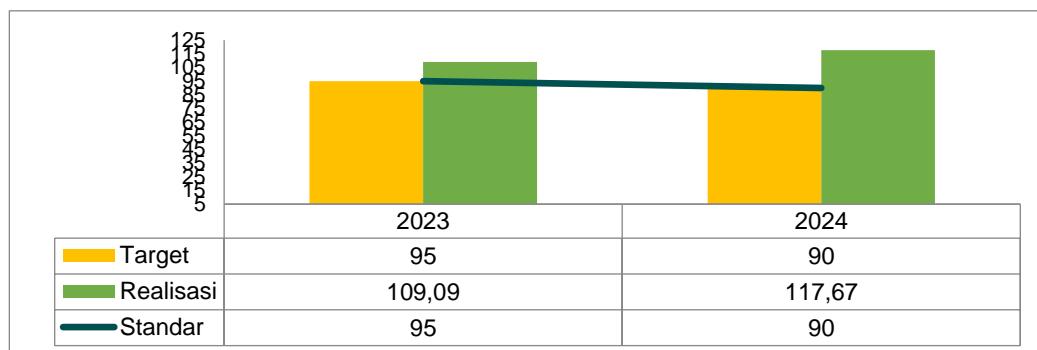
$$\frac{\text{Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan}} \times 100\%$$

Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya

c. Realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tabel 3.50. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

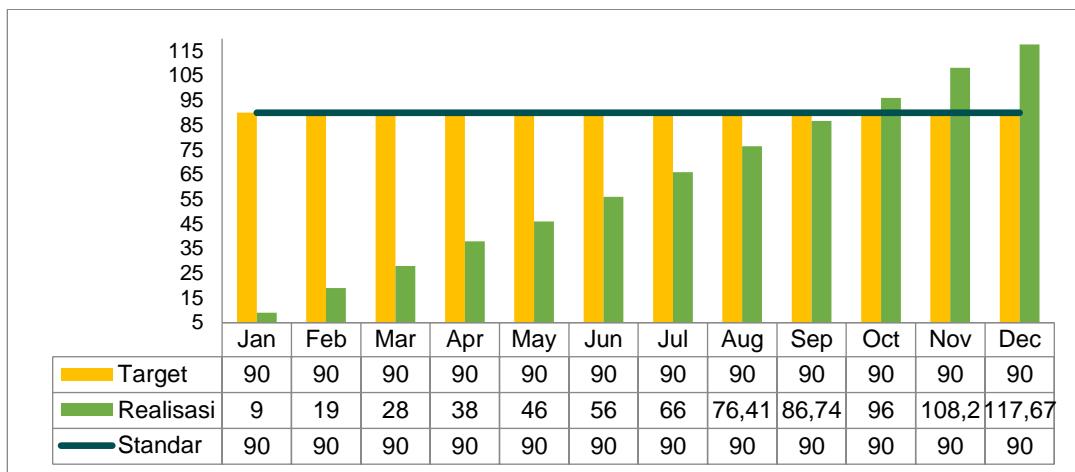
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	109,09%	114,83%
5.	2024	90%	90%	117,67%	130,74%



Grafik 3.32. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tabel 3.51. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

No	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	90%	90%	117.159.031.742,56	1.240.255.908.000	9%	10%
2.	Februari	90%	90%	239.408.787.069,44	1.240.255.908.000	19%	21%
3.	Maret	90%	90%	351.891.620.686,24	1.240.255.908.000	28%	31%
4.	April	90%	90%	468.759.951.680,36	1.240.255.908.000	38%	42%
5.	Mei	90%	90%	569.777.012.147,31	1.240.255.908.000	46%	51%
6.	Juni	90%	90%	698.379.052.779,57	1.240.255.908.000	56%	62%
7.	Juli	90%	90%	819.596.580.231,19	1.240.255.908.000	66%	73%
8.	Agustus	90%	90%	947.715.956.353,64	1.240.255.908.000	76,41%	85%
9.	September	90%	90%	1.075.843.478.994,03	1.240.255.908.000	86,74%	96%
10.	Oktober	90%	90%	1.195.092.528.911,34	1.240.255.908.000	96%	107%
11.	November	90%	90%	1.341.895.388.459,89	1.240.255.908.000	108,20%	120%
12.	Desember	90%	90%	1.459.425.005.966,59	1.240.255.908.000	117,67%	131%



Grafik 3.33. Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Dari tabel 3.50. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Pada Tahun 2024 sebesar 117,67% sesuai standar nasional dan di atas target yang ditetapkan yaitu sebesar 90%. Realisasi capaian kinerja sebesar 131% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024 sebesar 117,67% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 90%. Realisasi tahun 2024 sudah mencapai 117,67% dari target jangka menengah.
- 3) 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 rawat jalan
- 2) Pemenuhan kebutuhan dan perbaikan alat-alat medis, sehingga dapat difungsikan secara maksimal
- 3) Peningkatan produktivitas ruang operasi
- 4) Peningkatan pendapatan bunga penempatan dana dalam bentuk deposito
- 5) Kenaikan persentase Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) klaim BPJS di atas 95% dari pengajuan

e. Kendala

- 1) BPJS belum dapat mengcover biaya perawatan pasien, karena tarif BPJS masih menggunakan penghitungan tahun 2014, sedangkan harga obat, AMHP/BMHP terjadi kenaikan dari tahun ke tahun.
- 2) 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
- 3) Untuk raja klaim BPJS ( Rp. 377.100) rata2 lebih rendah dari rata2 UC (Rp. 500.000).
- 4) Belum optimalnya pengelolaan pasien asuransi dan mitra Kerjasama.
- 5) Masing sering terjadi kekosongan obat untuk operasi, sehingga terjadi batal operasi

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 berbayar
- 2) Pengendalian pasien titipan dengan syarat-syarat tertentu Koordinasi bersama untuk menaikkan pasien IKS dengan perbaikan mulai registrasi, pelayanan sd penyelesaian administrasi keuangan.
- 3) Kecepatan dalam pemenuhan kebutuhan farmasi, terutama untuk tindakan operasi

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- 1) Penyederhanaan alur pasien asuransi dan Kerjasama
- 2) Pembayaran dengan fasilitas *payment gateway* dan pemanfaatan self *payment service*.

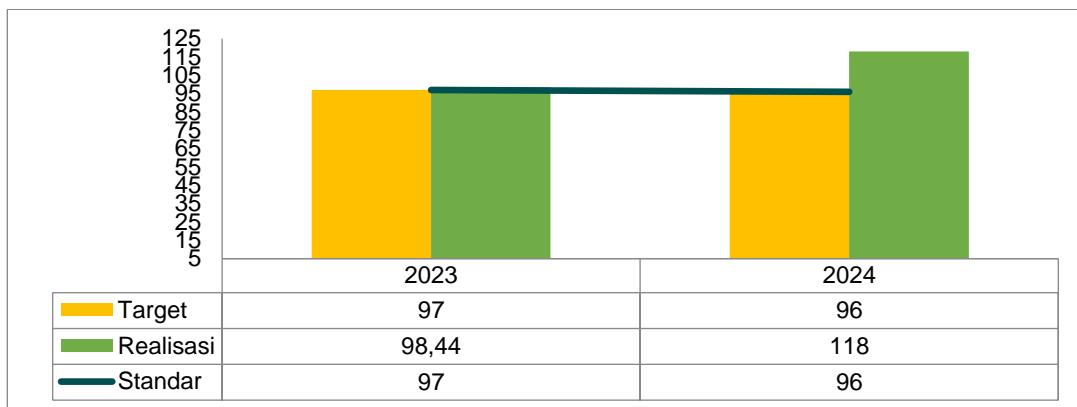
**28. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni  
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni.
- b. Formula perhitungan sebagai berikut  
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %.

c. Realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Tabel 3.52. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

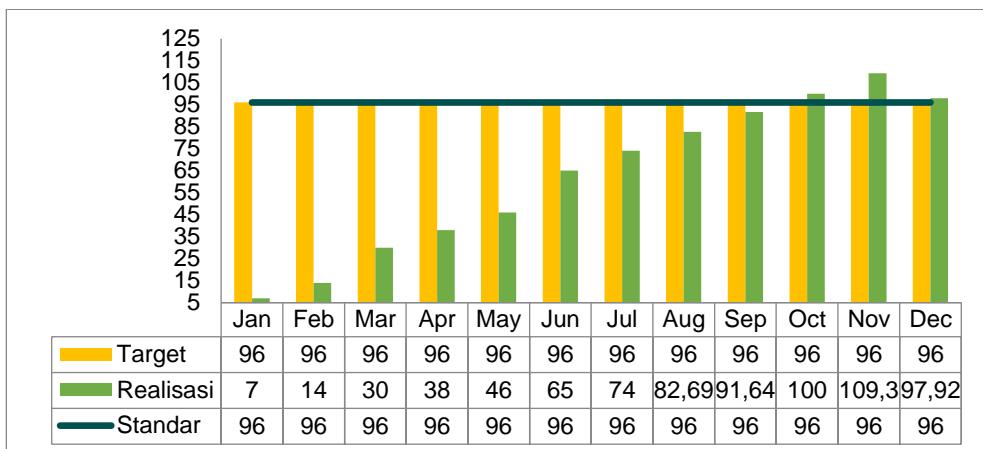
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	97%	97%	98,44%	101,48%
5.	2024	96%	96%	118%	122,92%



Grafik 3.34. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Tabel 3.53. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	96%	96%	9.203.653.801	139.374.337.000	7%	7%
2.	Februari	96%	96%	19.829.217.183	139.374.337.000	14%	15%
3.	Maret	96%	96%	41.184.963.655	139.374.337.000	30%	31%
4.	April	96%	96%	52.409.705.741	139.374.337.000	38%	40%
5.	Mei	96%	96%	64.693.024.448	139.374.337.000	46%	48%
6.	Juni	96%	96%	90.201.143.617	139.374.337.000	65%	68%
7.	Juli	96%	96%	102.557.679.095	139.374.337.000	74%	77%
8.	Agustus	96%	96%	115.248.974.360	139.374.337.000	82,69%	86%
9.	September	96%	96%	127.725.367.362	139.374.337.000	91,64%	95%
10.	Oktober	96%	96%	139.923.782.346	139.374.337.000	100%	104%
11.	November	96%	96%	152.285.701.344	139.374.337.000	109,26%	114%
12.	Desember	96%	96%	166.061.243.443	169.596.659.000	97,92%	102%



Grafik 3.35. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Dari tabel 3.52. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2024 sebesar 97,92% belum mencapai target dan standar nasional yang ditetapkan yaitu 96%. Realisasi capaian kinerja sebesar 102% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2024 sebesar 97,92% sesuai target jangka menengah tahun 2024 sebesar 96%. Realisasi tahun 2024 sudah mencapai 97,92% dari target jangka menengah.
- 3) Pada tahun 2020-2022, Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni 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 Rp 73.291.738.522,- di tahun 2022 menjadi Rp 72.201.034.806,- pada tahun 2023 atau 99%. Kenaikan Belanja Rupiah Murni di tahun 2024 Rp 166.061.243.443,- atau 231%. Kenaikan disebabkan oleh penambahan SDM PNS dan PPPK.

d. Analisis Penyebab Keberhasilan :

Monitoring dan evaluasi penyerapan anggaran Rupiah Murni oleh KPPN dan Kanwil DJPB DIY secara berkala.

Percepatan pembelanjaan Sumber dana Rupiah Murni yang secara rutinitas dilakukan oleh Bendahara pengeluaran rumah sakit. Pelaksanaan kegiatan sudah sesuai dengan yang direncanakan.

e. Kendala

Pergantian pengajuan gaji sumber dana rupiah murni, sehingga ada beberapa pegawai yang tidak dapat tertarik, sehingga pegawai tidak dapat menerima gaji tepat waktu.

f. Upaya solusi

Meningkatkan koordinasi dengan KPPN, supaya segala permasalahan dapat diselesaikan dengan cepat.

g. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Laporan pengajuan, pencairan dan pertanggungjawaban 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.

## 29. Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

a. Definisi Operasional Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU  
Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

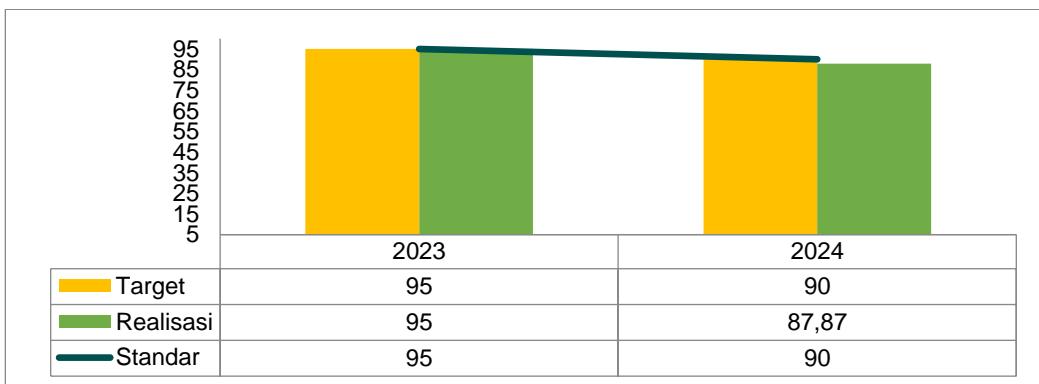
b. Formula perhitungan sebagai berikut

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %.

c. Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Tabel 3.54. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

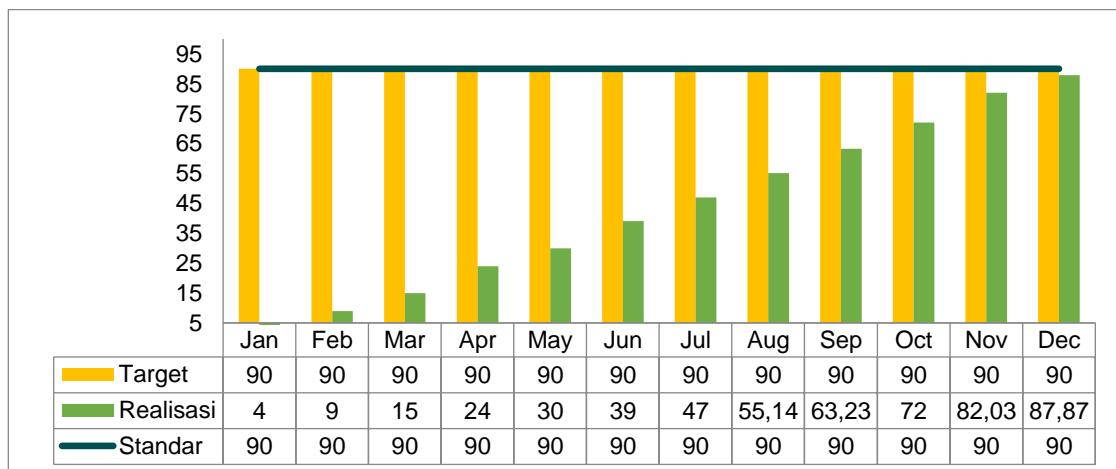
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	95%	95%	95%	100%
5.	2024	90%	90%	87,87%	97,63%



Grafik 3.36. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Tabel 3.55. Indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	90%	90%	47.709.999.753,86	1.240.255.908.000	4%	4%
2.	Februari	90%	90%	105.456.817.006,14	1.240.255.908.000	9%	10%
3.	Maret	90%	90%	182.959.491.704,54	1.240.255.908.000	15%	17%
4.	April	90%	90%	292.568.830.797,57	1.240.255.908.000	24%	27%
5.	Mei	90%	90%	376.903.296.676,57	1.240.255.908.000	30%	33%
6.	Juni	90%	90%	489.310.911.067,24	1.240.255.908.000	39%	43%
7.	Juli	90%	90%	582.348.287.459,24	1.240.255.908.000	47%	52%
8.	Agustus	90%	90%	683.844.272.598,24	1.240.255.908.000	55,14%	61%
9.	September	90%	90%	784.237.828.413,24	1.240.255.908.000	63,23%	70%
10.	Oktober	90%	90%	897.607.572.288,24	1.240.255.908.000	72%	80%
11.	November	90%	90%	1.017.421.850.556,24	1.240.255.908.000	82,03%	91%
12.	Desember	90%	90%	1.195.903.826.470,00	1.361.053.664.000	87,87%	98%



Grafik 3.37. Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Dari tabel 3.54. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 sebesar 87,87% belum memenuhi target yang ditetapkan sebesar 90% dengan capaian realisasi sebesar 98% dibandingkan target.

- 2) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 sebesar 87,87% belum memenuhi standar nasional sebesar 90%.
  - 3) Realisasi indikator Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 sebesar 87,87%, angka tersebut belum memenuhi target jangka menengah yaitu 90%, sehingga realisasi Tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah di Tahun 2024 ialah sebesar 98%.
  - 4) Penambahan anggaran untuk remunerasi dan kebutuhan farmasi
- d. Analisis penyebab tidak tercapainya target indikator :
- Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU belum mencapai target karena adanya modal yang tidak terealisasi sebesar Rp212.762.639.600,- untuk pembangunan Central Medical Unit dan SAT RC.
- e. Kendala
- Tertundanya pelaksanaan pembangunan gedung yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
- f. Upaya solusi
- Memperbaiki perencanaan supaya anggaran sesuai dengan realisasi sampai akhir tahun.
- 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.

### 30. Indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

- a. Definisi Operasional Indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

EBITDA adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi

EBITDA margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit usaha sebelum bunga pajak, depresiasi dan amortisasi dengan pendapatan rumah sakit.

Data Ebitda Margin menggunakan perhitungan MKKO (Monitor Kinerja Keuangan dan Operasional) sesuai Kep Dirjen Yankes Nomor

HK.02.02/D/768/2023 tentang Indikator Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal.

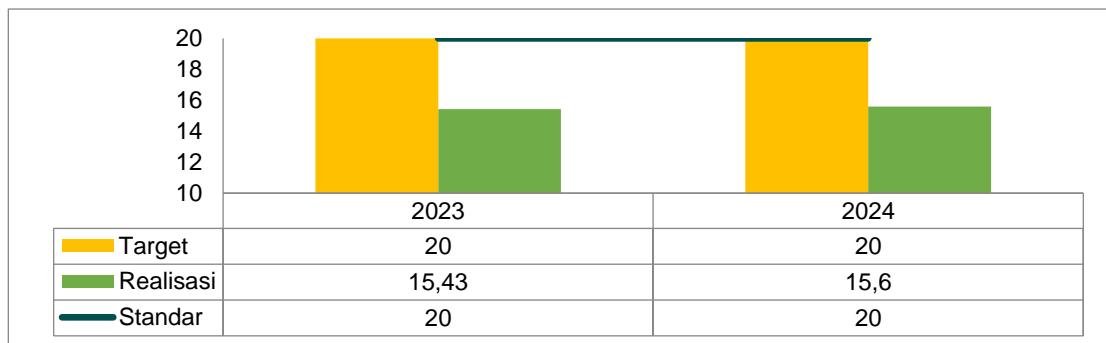
- b. Formula perhitungan sebagai berikut

$$\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA dibagi Pendapatan}) \times 100\%$$

- c. Realisasi indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

Tabel 3.56. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

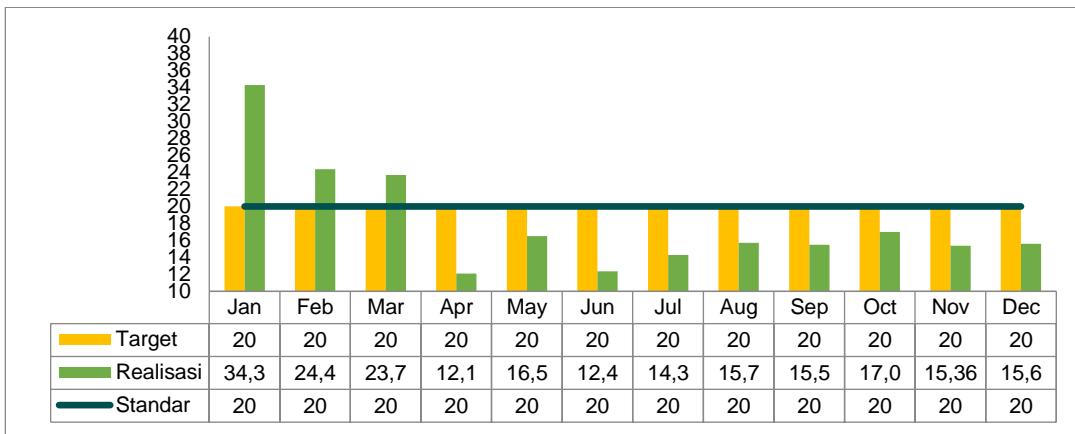
No.	Tahun	Standar Nasional	Target	Realisasi	Capaian Kinerja
1.	2020				
2.	2021				
3.	2022				
4.	2023	> 20% (Tipe Organisasi 1)	20%	15,43%	77,15%
5.	2024	> 20% (Tipe Organisasi 1)	20%	15,6%	78,00%



Grafik 3.38. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

Tabel 3.57. Indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

No.	Bulan	Standar Nasional	Target	Realisasi			Capaian Kinerja
				Num	Denum	Nilai	
1.	Januari	20%	20%	38.939.010.998	113.570.154.338	34,29%	171,5%
2.	Februari	20%	20%	63.724.102.738	215.444.666.067	24,40%	122,0%
3.	Maret	20%	20%	76.015.425.180	320.741.719.805	23,72%	118,6%
4.	April	20%	20%	50.076.041.385	413.071.671.221	12,1%	60,5%
5.	Mei	20%	20%	88.474.899.758	536.325.017.181	16,5%	82,5%
6.	Juni	20%	20%	79.615.140.150	644.251.302.675	12,35%	61,8%
7.	Juli	20%	20%	109.702.801.258	768.557.326.601	14,27%	71,4%
8.	Agustus	20%	20%	140.821.243.208	899.508.240.852	15,7%	78,5%
9.	September	20%	20%	157.496.351.080	1.016.195.171.043	15,5%	77,5%
10.	Oktober	20%	20%	196.904.888.857	1.156.975.248.280	17%	85,0%
11.	November	20%	20%	193.073.909.609	1.256.709.707.024	15,36%	76,8%
12.	Desember	20%	20%	219.538.383.000	1.403.336.670.916	15,6%	78%



Grafik 3.39. Indikator Persentase nilai *EBITDA Margin*

Dari tabel 3.56. dapat dijelaskan bahwa :

- 1) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2024 sebesar 15,6% kurang dari standar nasional dan target yang ditetapkan yaitu 20%, dengan realisasi capaian kinerja 78% dari target yang ditetapkan.
- 2) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin belum mencapai target disebabkan karena belum maksimalnya efisiensi biaya yang dikeluarkan untuk mencapai pendapatan pada titik tertentu, terutama untuk beban farmasi. Analisis sebagai berikut: Apabila pendapatan Rumah Sakit sebesar Rp1.403.336.670.916 dengan beban operasional sebesar Rp1.369.234.968.555 maka EBITDA Margin yang dihasilkan adalah sebesar 15,6%. Sedangkan untuk mencapai EBITDA margin diatas 20% dengan asumsi pendapatan yang diperoleh sama maka setidaknya harus dapat menekan beban operasional secara keseluruhan menjadi sebesar Rp1.304.234.968.555,-

Dalam tabel dibawah ini mengilustrasikan bahwa beban persediaan terutama adalah persediaan farmasi melebihi standar yang ditetapkan yaitu 20%. Realisasi sampai dengan tahun 2024 mencapai 32%. Dengan asumsi beban lain tetap, maka beban farmasi setidaknya harus dapat ditekan menjadi sebesar 29% untuk mencapai EBITDA margin sebesar 20,28%. Meskipun juga nilai persediaan farmasi sebesar 29% masih diatas standar yaitu sebesar 20%. Beban Administrasi dan Umum dalam kondisi baik karena masih dibawah 15% yaitu sebesar 11%.

Uraian	Realisasi	Prosentase	Simulasi Capaian Ebitda 20%	Prosentase	Standar
<b>Pendapatan</b>	<b>1,403,336,670,916</b>	<b>100%</b>	<b>1,403,336,670,916</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Beban:</b>	<b>1,369,234,968,555</b>	<b>98%</b>	<b>1,304,234,968,555</b>	<b>93%</b>	
<b>Beban pegawai</b>	<b>538,975,535,662</b>	<b>38%</b>	<b>538,975,535,662</b>	<b>38%</b>	<b>50%</b>
<b>Beban Persediaan</b>	<b>477,228,192,632</b>	<b>34%</b>	<b>427,228,192,632</b>	<b>30%</b>	<b>25%</b>
a. Beban Farmasi	453,922,419,801	32%	403,922,419,801	29%	20%
b. Beban Non Farmasi	23,305,772,831	2%	23,305,772,831	2%	5%
<b>Beban Administrasi &amp; Umum (RM &amp; PNBPIBLU):</b>	<b>167,594,559,614</b>	<b>12%</b>	<b>152,594,559,614</b>	<b>11%</b>	<b>15%</b>
a. Beban Barang dan Jasa	114,766,267,187	8%	104,766,267,187	7%	9%
b. Beban Pemeliharaan	50,988,338,860	4%	45,988,338,860	3%	5%
c. Beban Perjalanan Dinas	1,638,481,252	0%	1,638,481,252	0%	1%
d. Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	201,472,315	0%	201,472,315	0%	0%
<b>Beban Penyusutan dan Amortis</b>	<b>185,436,680,647</b>	<b>13%</b>	<b>185,436,680,647</b>	<b>13%</b>	
Surplus Defisit	34,101,702,361		99,101,702,361		
EBITDA	219,538,383,008		284,538,383,008		
EBITDA margin'	<b>15.64%</b>		<b>20.28%</b>		

- 3) Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2024 sebesar 15,6% masih dibawah target jangka menengah tahun 2024 sebesar 20% dan lebih tinggi dari akhir tahun 2023 yaitu sebesar 15,43%.
- 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 :
- 1) Pendapatan rumah sakit belum maksimal, karena pendapatan pasien non JKN masih dibawah 10%, sehingga biaya yang dikeluarkan rumah sakit belum dapat mengcover pendapatan dari JKN.
  - 2) Beban persediaan farmasi masih relative tinggi, masih diatas 20% dari target yang ditetapkan.
- e. Kendala
- Realisasi indikator Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2024 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 32%.
  - 2) Tarif layanan BPJS belum bisa mengcover biaya pelayanan.

Tabel 3.58. Total tarif INACBG dan tarif RS

BULAN	TARIF INACBG	TARIF_RS	%
Januari	97,055,962,700	119,785,770,111	81%
Februari	87,311,686,300	109,270,279,787	80%
Maret	88,510,633,800	110,820,531,503	80%
April	78,019,546,300	97,689,593,785	80%
Mei	94,270,519,100	120,528,324,021	78%
Juni	89,649,624,700	114,714,851,506	78%
Juli	101,101,196,600	127,037,512,753	80%
Agt	102,617,659,400	131,799,096,674	78%
Sep	90,579,522,200	117,101,937,000	77%
Okt	100,642,932,600	133,593,428,350	75%
Nov	79,189,520,600	108,589,316,857	73%
Des 2024	92,693,279,500	134,790,988,622	69%
<b>Total</b>	<b>1,101,642,083,800</b>	<b>1,425,721,630,969</b>	<b>77%</b>

Hal ini dapat dilihat dari coverage klaim INA CBGs dengan total tarif tindakan hanya sebesar 77% yaitu dari tariff total sebesar Rp1.425.721.630.969 menghasilkan pendapatan sebesar Rp1.101.642.083.800. Jika Tarif diasumsikan sudah termasuk margin sebesar 10% maka biaya pelayanan RS adalah sebesar Rp1.283.149.467.872 dimana hal tersebut baru mengcover sebesar 86% dari biaya yang dikeluarkan Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa seluruh biaya pelayanan Rumah Sakit belum dapat tercover oleh BPJS.

f. Upaya solusi 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) Perbaikan mutu layanan dan peningkatan sarana prasarana rumah sakit baik pemenuhan alat-alat medis yang berteknologi tinggi sampai dengan penyediaan kebutuhan penunjang seperti gedung parkir untuk menunjang layanan.
- 2) Efisiensi beban/belanja persediaan, barang dan jasa serta pemeliharaan.
- 3) Optimalisasi pelayanan dan pengembangan produk layanan

Selain hal tersebut, manajemen juga melakukan:

- 1) Evaluasi pembayaran remunerasi
- 2) 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 untuk support tata kelola farmasi
- 3) Membentuk Tim Kendali Mutu dan Biaya untuk melakukan analisa terhadap cost Rumah Sakit yang dikeluarkan dengan Klaim JKN yang akan diperoleh.
  - 4) Mengusulkan kenaikan tarif klaim JKN melalui Kementerian Kesehatan
  - 5) Meningkatkan layanan Non JKN dan eksekutif.
- g. 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 mulai dilakukan pada tahun 2023 dan masih berlanjut di tahun 2024 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 %.
  - 3) 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 5 indikator perjanjian kinerja yang belum mencapai target yaitu: *Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase NDR di rumah sakit vertikal, Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik, dan Persentase nilai EBITDA Margin.*

## B. REALISASI ANGGARAN

Alokasi anggaran RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024 berdasarkan DIPA TA.2024 revisi ke-10 Nomor: SP DIPA- 024.04.2.415582/2024 terbit pada tanggal 27 Desember 2024 sebesar Rp1.808.936BAB .576.000 yang berasal dari sumber dana Rupiah Murni sebesar Rp169.596.659.000 dengan realisasi per 31 Desember 2024 sebesar Rp166.049.165.333 atau 97,91%, Sumber dana PNBP BLU sebesar Rp1.361.053.664.000, dengan realisasi per 31 Desember 2024 Rp1.195.903.826.470 atau 87,87%, penggunaan saldo awal Rp63.361.728.000 dengan realisasi per 31 Desember 2024 Rp63.361.728.000 untuk belanja obat-obatan dan AMPH/ BMHP, dan sumber dana Pinjaman Luar Negeri sebesar Rp278.286.253.000 dengan realisasi per 31 Desember 2024 sebesar Rp276.445.246.900 atau 99,34%.

Sedangkan untuk Target pendapatan BLU RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024 sebesar Rp 1.240.255.908.000 sampai dengan tahun 2024 telah realisasi sebesar Rp1.459.425.005.967 atau 117,67%.

Realisasi anggaran per sasaran strategis tercantum di dalam tabel 3.59. dibawah ini:

Tabel 3.59. Realisasi anggaran per sasaran strategis

SASARAN STRATEGIS	JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
	1.808.936.576.000	1.638.398.213.768

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
1	<p>Terwujudnya kepuasan stakeholder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kecepatan penanganan keluhan non medis</li> <li>b. Angka kepuasan pelanggan</li> <li>c. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien</li> </ul>	4.610.420.000	4.079.376.768
2	<p>Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit</li> <li>2. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal</li> <li>3. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit</li> <li>4. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis</li> <li>5. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target</li> <li>6. Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan</li> <li>7. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik</li> </ul>	551.285.686.000	584.852.213.918
3	<p>Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan</li> <li>2. Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS</li> <li>3. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS</li> </ul>	6.955.544.500	3.407.891.383
4	<p>Terwujudnya stratifikasi pelayanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN</li> <li>2. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional</li> <li>3. Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna</li> </ul>	60.346.705.500	11.502.903.579
5	<p>Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama</li> </ul>	732.800.000	204.798.588
6	<p>Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun</li> <li>2. Prosentase implementasi budaya organisasi SARDJITO - BERAKHLAK</li> </ul>	762.906.792.750	747.976.013.408
7	<p>Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar</li> <li>2. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar</li> <li>3. Utilitas alat kesehatan</li> </ul>	407.516.715.000	272.817.785.996
8	<p>Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi</p> <p>Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.</p>	13.895.420.000	13.004.824.510

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
9	Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maturitas BLU</li> <li>2. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik</li> <li>3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan</li> <li>4. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU</li> <li>5. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni</li> <li>6. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU</li> <li>7. Persentase nilai EBITDA Margin</li> </ol>	686.492.250	552.405.618

Dari Tabel 3.59. terlihat bahwa pencapaian realisasi pembayaran terinci sebagai berikut :

Pagu anggaran per sasaran strategis tahun 2024 sebesar Rp1.808.936.576.000 yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp1.639.339.917.000 dan Program Dukungan Manajemen Rp.169.596.659.000.

Sampai dengan 31 Desember 2024, realisasi anggaran untuk program sasaran strategis sebesar Rp1.638.398.213.768 (90,57%) yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN mencapai Rp 1.472.349.048.370 (89,8%) dan Program Dukungan Manajemen mencapai Rp 166.049.165.398 (97,9%).

## A. PRESTASI

### 1. Tanda Penghargaan *Best Transformation Hospital* Th 2023



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 20 Januari 2024 mendapatkan penghargaan dari Menteri Kesehatan RI sebagai *Best Transformation Hospital*.

Gambar 3.1. Tanda Penghargaan *Best Transformation Hospital* Th 2023

### 2. Tanda Penghargaan Peringkat I RSV dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 20 Januari 2024 mendapatkan penghargaan dari Menteri Kesehatan RI sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik.

Gambar 3.2. Tanda Penghargaan Peringkat I RSV dengan Pengukuran Standar Klinis Terbaik

3. Tanda Penghargaan Peringkat III RSV dengan RS Pendidikan Terbaik



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 20 Januari 2024 mendapatkan penghargaan dari Menteri Kesehatan RI sebagai Peringkat III Rumah Sakit Vertikal dengan Rumah Sakit Pendidikan Terbaik

Gambar 3.3. Tanda Penghargaan Peringkat III RSV dengan RS Pendidikan Terbaik

4. Tanda Penghargaan Peringkat I RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 20 Januari 2024 mendapatkan penghargaan dari Menteri Kesehatan RI sebagai Peringkat I Rumah Sakit Vertikal kategori RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik.

Gambar 3.4. Tanda Penghargaan Peringkat I RS Umum dengan Tingkat Maturitas BLU Terbaik

5. Piagam Penghargaan Satuan Kerja dengan Capaian IKPA Berpredikat Sangat Baik tahun 2023



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 21 Februari 2024 mendapatkan penghargaan dari Kepala KPPN Yogyakarta sebagai Satuan kerja dengan capaian IKPA berpredikat sangat baik Tahun 2023.

Gambar 3.5. Piagam Penghargaan Satuan Kerja dengan Capaian IKPA Berpredikat Sangat Baik tahun 2023

6. Piagam Penghargaan RSUP Dr. Sardjito sebagai Rumah Sakit Pemerintah Terbaik 1 Penanggulangan TB di DIY



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 07 Maret 2024 mendapatkan penghargaan dari Kepala Dinas Kesehatan DIY sebagai Rumah Sakit Pemerintah Terbaik I dalam Program Penanggulangan Tuberkulosis di DIY.

Gambar 3.6. Piagam Penghargaan RSUP Dr. Sardjito sebagai Rumah Sakit Pemerintah Terbaik 1 Penanggulangan TB di DIY

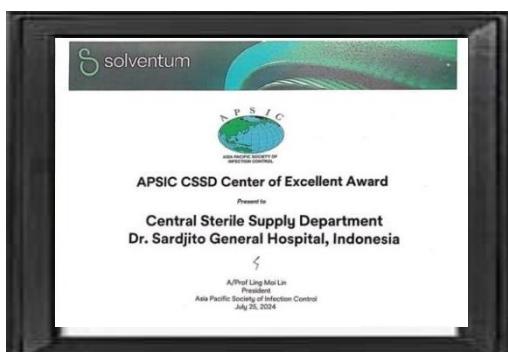
7. Penghargaan Arsip Herbarium Temulawak 2024



Kepala Arsip Nasional RI sebagai Ketua Komite Nasional *Memory of The World* Indonesia menetapkan Arsip Herbarium Temulawak: Pengetahuan Lokal dan Teknologi Tumbuhan Obat Indonesia RSUP Dr. Sardjito Kementerian Kesehatan RI dalam Register Nasional memori Kolektif Bangsa pada tanggal 22 Mei 2024.

Gambar 3.7. Penghargaan Arsip Herbarium Temulawak 2024

8. Penghargaan CSSD Center of Excellent Award dari APSIC



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 25 Juli 2024 mendapatkan penghargaan Central Sterile Supply Department/ CSSD Center of Excellent Award dari Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC).

Gambar 3.8. Penghargaan CSSD Center of Excellent Award dari APSIC

9. Peringkat II Healthcare Workers Wellbeing dari PERSI (19 Oktober 2024)



Gambar 3.9. Peringkat II Healthcare Workers Wellbeing dari PERSI

10. Peringkat IV Green Hospital dari PERSI (19 Oktober 2024)



Gambar 3.10. Peringkat IV Green Hospital dari PERSI

11. Peringkat V Health Services During Crisis dari PERSI (19 Oktober 2024)



Gambar 3.11. Peringkat V Health Services During Crisis dari PERSI

RSUP Dr Sardjito pada tanggal 19 Oktober 2024 mendapatkan penghargaan Peringkat II Healthcare Workers Wellbeing dari PERSI.

RSUP Dr Sardjito pada tanggal 19 Oktober 2024 mendapatkan penghargaan Peringkat IV Green Hospital dari PERSI.

RSUP Dr Sardjito pada tanggal 19 Oktober 2024 mendapatkan penghargaan Peringkat V Health Services During Crisis dari PERSI.

12. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan kanker dari PERSI  
(19 Oktober 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 19 Oktober 2024 mendapatkan penghargaan Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan kanker dari PERSI.

Gambar 3.12. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan kanker dari PERSI

13. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan neurologi dari PERSI (19 Oktober 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 19 Oktober 2024 mendapatkan penghargaan Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan neurologi dari PERSI.

Gambar 3.13. Penghargaan sebagai sepuluh rumah sakit terbaik bidang layanan neurologi dari PERSI

14. Satuan kerja Pengelola BLU Terbaik Rumpun Kesehatan dari Kanwil DJPB DIY (28 Oktober 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 28 Oktober 2024 mendapatkan Penghargaan sebagai Satuan kerja Pengelola BLU Terbaik Rumpun Kesehatan dari Kanwil DJPB DIY.

Gambar 3.14. Satuan kerja Pengelola BLU Terbaik Rumpun Kesehatan dari Kanwil DJPB DIY

15. UPT Terbaik Peringkat III dlm Pemanfaatan Aplikasi Srikandi dari Menkes (7 November 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 7 November 2024 mendapatkan Penghargaan sebagai UPT Terbaik Peringkat III dlm Pemanfaatan Aplikasi Srikandi dari Menkes.

Gambar 3.15. UPT Terbaik Peringkat III dlm Pemanfaatan Aplikasi Srikandi dari Menkes

16. Peringkat II Arsiparis Terbaik Kemenkes Th 2024 Kategori Keahlian dari Menkes (7 November 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 7 November 2024 mendapatkan Penghargaan sebagai Peringkat II Arsiparis Terbaik Kemenkes Th 2024 Kategori Keahlian.

Gambar 3.16. Peringkat II Arsiparis Terbaik Kemenkes Th 2024 Kategori Keahlian dari Menkes

17. Peringkat Terbaik II Kategori Best Team Leader dari Menkes (11 November 2024)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 11 November 2024 mendapatkan Penghargaan sebagai Peringkat Terbaik II Kategori Best Team Leader dari Menkes.

Gambar 3.17. Peringkat Terbaik II Kategori Best Team Leader dari Menkes

#### 18. Sertifikat Hak Cipta SIMETRISS



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 04 Maret 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Sistem Informasi Manajemen Terintegrasi Rumah Sakit Sardjito (SIMETRISS).

Gambar 3.18. Sertifikat Hak Cipta SIMETRISS

#### 19. Sertifikat Hak Cipta Karya Siaran Video Kenali Limfedema



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 04 Juli 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Karya Siaran Video Kenali Limfedema.

Gambar 3.19. Sertifikat Hak Cipta Karya Siaran Video Kenali Limfedema

#### 20. Sertifikat Hak Cipta Karya Program Komputer: Aplikasi *Acute Life Threatening Event Management (ALTEM) Cognitive Aid*



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 12 Juli 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Karya Program Komputer: Aplikasi *Acute Life Threatening Event Management (ALTEM) Cognitive Aid*

Gambar 3.20. Sertifikat Hak Cipta Karya Program Komputer

21. Sertifikat Hak Cipta Karya *Bundle Pencegahan Ulkus Mukosa Akibat Tekanan Pipa Endotrakheal*



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 9 Agustus 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Karya Pamflet: *Bundle Pencegahan Ulkus Mukosa Akibat Tekanan Pipa Endotrakheal*

Gambar 3.21. Sertifikat Hak Cipta Karya *Bundle Pencegahan Ulkus Mukosa Akibat Tekanan Pipa Endotrakheal*

22. Sertifikat Hak Cipta Karya UNIMOB (*Uniform Whole Body Immobilization Device*)



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 11 Juni 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Karya Seni Terapan: UNIMOB (*Uniform Whole Body Immobilization Device*)

Gambar 3.22. Sertifikat Hak Cipta Karya UNIMOB (*Uniform Whole Body Immobilization Device*)

23. Sertifikat Hak Cipta Karya Rekaman Video Bakpia Seri 104: "Tips Membuat Minuman Tradisional"



RSUP Dr Sardjito pada tanggal 5 Februari 2024 mendapatkan Surat pencatatan Ciptaan dari Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia atas Karya Rekaman Video Bakpia Seri 104: "Tips membuat Minuman Tradisional"

Gambar 3.23. Sertifikat Hak Cipta Karya Rekaman Video Bakpia Seri 104: "Tips Membuat Minuman Tradisional"



Kemenkes  
RS Sardjito



GERMAS  
Garda Masyarakat  
Milisi Darul



**BerAKHLAK**  
Berorientasi Pelayanan Akuntober Kompeten  
Harmonis Loyal Adappt Kolaboratif



Tinjauan Pada Uluwa

# BAB IV

# PENUTUP



## **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 30 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 25 Indikator Kinerja yang realisasinya sudah mencapai target yang ditetapkan, sedangkan 5 indikator kinerja belum mencapai target, yaitu: *Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase NDR di rumah sakit vertikal, Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU, Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik, 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.

Rencana meningkatkan kinerja di tahun 2025 dengan kegiatan: meningkatkan pendapatan non JKN, meningkatkan efisiensi biaya, memberikan pengalaman terbaik bagi

pasien, memberikan pelayanan berkualitas, meningkatkan transformasi digital yang andal pada proses bisnis utama, memastikan tata kelola rumah sakit yang bersih dan akuntabel, mendukung pengampuan regional penyakit prioritas untuk rumah sakit lain, melaksanakan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif untuk mewujudkan SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber AKHLAK, memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, serta mendorong inovasi yang berfokus kepada perbaikan mutu pelayanan melalui Clinical Research Unit (CRU).

Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024 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.