

RENCANA KINERJA TAHUNAN

2025



(0274) 587333



Jalan Kesehatan 1, Sekip, Yogyakarta 55284



<https://sardjito.co.id>

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSUP Dr. Sardjito tahun 2025 telah selesai disusun. Rencana Kinerja Tahunan merupakan satu kesatuan dan menjadi bagian dari fungsi manajemen di samping fungsi pelaksanaan dan fungsi evaluasi. Oleh karena itu, sebagai bagian dari suatu organisasi maka menjadi kewajiban untuk menyusun perencanaan pada setiap awal tahun.

RKT merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Akuntabilitas Instansi Pemerintah (SAKIP). Penyusunan RKT RSUP Dr. Sardjito juga mengacu pada Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Nomor HK.02.03/D.XI/34626/2024 tentang Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Sardjito dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/166/2024 tentang Rencana Induk (*Master Plan*) Pengembangan Bangunan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito serta mempertimbangkan program kerja terkini Kementerian Kesehatan.

Sebagai dokumen perencanaan yang bersifat terukur, RKT RSUP Dr. Sardjito tahun 2025 memuat sasaran strategis, inisiatif, program, kegiatan, indikator kinerja, dan target yang akan dilaksanakan dan dicapai dalam tahun berjalan. Dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2025 diharapkan dapat menjadi acuan pelaksanaan kegiatan yang objektif, efektif, dan efisien sehingga pelaksanaan kegiatan dapat terarah, mengutamakan prioritas sesuai kebutuhan, dan berdasarkan sumber daya yang tersedia.

Ucapan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi, memberi masukan, dan koreksi sehingga RKT ini dapat bermanfaat untuk seluruh *stakeholder*.

Yogyakarta, 30 Desember 2024
Direktur Utama,


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

HALAMAN PENGESAHAN RENCANA KINERJA TAHUNAN TAHUN ANGGARAN 2025

Yogyakarta, 30 Desember 2024

Direktur Utama



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

Plt. Direktur Medik dan Keperawatan



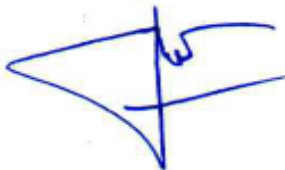
Dr. dr. Sri Mulatsih, Sp.A(K), M.P.H
NIP 196611082005012001

Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian



drg. Nusati Ikawahju, M.Kes
NIP 196812071994032003

Direktur Keuangan dan BMN



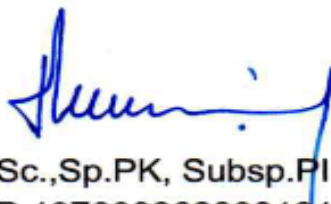
Linda Permatasari, S.E
NIP 919670220202310201

Direktur Perencanaan dan
Pengembangan Strategi Layanan



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

Direktur Layanan Operasional



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

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

RENCANA KINERJA TAHUNAN RSUP Dr. SARDJITO YOGYAKARTA TAHUN 2025

Ketua Dewan Pengawas



Hamengku Buwono X

Anggota Dewan Pengawas



Prof. dr. Ova Emilia, M.Med, Ed, SpOG(K), Ph.D



dr. Azhar Jaya, SH, SKM, MARS



Agung Yulianta, SE, MSi



Adriyanto, SE, MM, MA, Ph.D

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RENCANA KINERJA TAHUNAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. DASAR HUKUM.....	2
C. KEDUDUKAN, TUGAS DAN FUNGSI.....	2
D. STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA.....	4
E. GAMBARAN SINGKAT KEGIATAN RSUP DR. SARDJITO.....	5
BAB II RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP DR. SARDJITO TAHUN 2025-2029.....	46
A. VISI DAN MISI	46
B. TUJUAN	46
C. SASARAN	47
D. PROGRAM KERJA STRATEGIS TAHUN 2025 (BERDASARKAN RSB TAHUN 2025 – 2029).....	48
BAB III KEGIATAN, INDIKATOR DAN TARGET TAHUN 2025	52
A. KEGIATAN	52
B. INDIKATOR SASARAN, DAN TARGET PENCAPAIAN	52
BAB IV RINCIAN KEGIATAN DAN PENGANGGARAN TAHUN 2025	71
A. RINCIAN KEGIATAN	71
B. PENGANGGARAN.....	73
BAB V PENUTUP	77

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Jalan Tahun 2024	7
Tabel 1. 2 Efisiensi Ruang Rawat Tahun 2022 – 2024	8
Tabel 1. 3 Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Inap Tahun 2024.....	9
Tabel 1. 4 Data 10 Besar Penyakit Pasien Gawat Darurat Tahun 2024	10
Tabel 1. 5 Kegiatan Pelayanan Operasi Tahun 2024	11
Tabel 1. 6 Data Pelayanan Penunjang Diagnostik Non Invasif	15
Tabel 1. 7 Realisasi Pelayanan MIS Dan <i>Endoskopik</i> Tahun 2023 – 2024	28
Tabel 1. 8 Realisasi Indikator Kinerja Utama RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024.....	30
Tabel 1. 9 Pertumbuhan Produktivitas	32
Tabel 1. 10 Efektivitas Pelayanan.....	33
Tabel 1. 11. Realisasi Indikator BLU Kementerian Kesehatan Tahun 2024.....	33
Tabel 1. 12. Realisasi Indikator Kinerja Terpilih Tahun 2024	37
Tabel 1. 13. Realisasi Standar Pelayanan Minimal Tahun 2024	38
Tabel 1. 14 Kepuasan Pelanggan dan Kepedulian kepada Masyarakat	44
Tabel 1. 15 Indikator MKKO Tahun 2024.....	44
 Tabel 2. 1 Sasaran dan Inisiatif Strategis RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024	47
Tabel 2. 2 Inisiatif Strategis dan Program Strategis	48
 Tabel 3. 1 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2025.....	53
Tabel 3.2 Indikator Standar Pelayanan Minimal RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024	54
Tabel 3. 3 Indikator Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2025.....	61
Tabel 3. 4 Indikator MKKO Tahun 2024.....	62
Tabel 3. 5 Indikator Badan Layanan Umum (BLU) Ditjen Pelayanan Kesehatan Dirinci Berdasarkan Kategori dan Proyeksi RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024.....	65
Tabel 3. 6 Maturitas BLU	69

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito.....	4
Gambar 1. 2 Realisasi Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2022–2024	6
Gambar 1. 3. Realisasi Kunjungan Rawat Inap Tahun 2022 –2024.....	8
Gambar 1. 4. Realisasi Kunjungan Gawat Darurat Tahun 2022–2024	10
Gambar 1. 5. Realisasi Pelayanan Operasi Tahun 2022 – 2024	11
Gambar 1. 6. Pencapaian Layanan Penunjang Tahun 2022 – 2024.....	12
Gambar 1. 7. Pencapaian Layanan Kedokteran Nuklir	13
Gambar 1. 8. Pencapaian Layanan Radioterapi Tahun 2022 – 2024	14
Gambar 1. 9. Realisasi Pasien Poliklinik Jantung Rawat Jalan	14
Gambar 1. 10. Realisasi Layanan Penunjang Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah Tahun 2022 – 2024.....	15
Gambar 1. 11. Realisasi Pelayanan Rehabilitasi Jantung.....	16
Gambar 1. 12. Realisasi Pelayanan Operasi Jantung	17
Gambar 1. 13. Realisasi Pelayanan Bedah Thorax Tahun 2022-2024	17
Gambar 1. 14. Kunjungan Pasien Kanker Dewasa Tahun 2022 – 2024	18
Gambar 1. 15. Realisasi Kunjungan Pasien Hemato Onkologi Anak.....	18
Gambar 1. 16. Realisasi Tindakan Bedah Tumor Tahun 2022-2024	19
Gambar 1. 17. Realisasi Kunjungan Poliklinik Saraf Tahun 2022 – 2024	19
Gambar 1. 18. Realisasi Kunjungan Di Poliklinik Bedah Saraf	20
Gambar 1. 19. Realisasi Tindakan Bedah Saraf Tahun 2022-2024	20
Gambar 1. 20. Realisasi Tindakan Operasi Bedah Vaskuler	20
Gambar 1. 21. Realisasi Pelayanan Ranap Neurorestorasi.....	21
Gambar 1. 22. Realisasi Kunjungan Pelayanan <i>Skin Center</i>	22
Gambar 1. 23. Realisasi Kunjungan Pelayanan Gigi Dan Mulut	22
Gambar 1. 24. Realisasi Kunjungan Klinik Bedah Plastik	23
Gambar 1. 25. Realisasi Pelayanan Bedah Plastik Tahun.....	24
Gambar 1. 26. Realisasi Pelayanan Klinik Obesitas	24
Gambar 1. 27. Realisasi Kunjungan Poliklinik MCU	24
Gambar 1. 28. Realisasi Kunjungan Poliklinik Permata Hati.....	25
Gambar 1. 29. Realisasi Peserta Program Bayi Tabung.....	26
Gambar 1. 30. Realisasi Kehamilan Program Bayi Tabung	26
Gambar 1. 31. Realisasi Kunjungan <i>Eye Center</i> Rawat Jalan	27
Gambar 1. 32. Pertumbuhan Realisasi Pelayanan Tindakan Operasi Mata Tahun 2022 – 2024	28
Gambar 1. 33. Realisasi Transplantasi Ginjal Tahun 1991 sd Tahun 2024	29

LAMPIRAN

Lampiran 1 Rencana Aksi Kegiatan tahun 2025	79
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) merupakan dokumen yang disiapkan untuk menyusun perencanaan kegiatan sebagai penjabaran dari program baik di tingkat satuan kerja maupun rumah sakit. RKT disusun pada setiap akhir tahun yang berisikan rencana kerja tahun anggaran berikutnya termasuk penganggaran yang nantinya dituangkan dalam dokumen Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan Rencana Kerja dan Anggaran (RKA-K/L) yang dibutuhkan selama satu tahun anggaran. Oleh karena itu, Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSUP Dr. Sardjito ini merupakan perencanaan yang memuat tentang rencana kegiatan, indikator kinerja, target kinerja, serta anggaran yang akan dilaksanakan dan dicapai dalam periode satu tahun.

Di samping sebagai dokumen perencanaan, RKT dapat berfungsi juga sebagai pedoman/acuan dalam melaksanakan kegiatan atau aktivitas di RSUP Dr. Sardjito selama satu tahun anggaran berikutnya. Atas dasar itu, maka Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSUP Dr. Sardjito disusun dengan tujuan :

1. Menjadi salah satu acuan dalam pelaksanaan program dan kegiatan di RSUP Dr. Sardjito tahun 2025 guna mendukung tercapainya sasaran strategis RS tahun 2025 – 2029.
2. Meningkatkan kualitas perencanaan, evaluasi, dan pelaporan RSUP Dr. Sardjito.
3. Meningkatkan kinerja RSUP Dr. Sardjito melalui dukungan operasional baik sarana dan prasarana, alat medis, alat non-medis, pemeliharaan, dan lain-lain.
4. Menjadi acuan dalam penyusunan RBA dan RKA-K/L.

Penyusunan Rencana Kinerja Tahunan (RKT) dimaksudkan juga untuk memenuhi kewajiban sebagai salah satu instrumen manajemen yang dipertanggungjawabkan kepada Kementerian Kesehatan (perspektif vertikal) melalui Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Di samping itu RKT juga dapat berfungsi sebagai media komunikasi dan koordinasi lintas fungsi di lini manajemen dan lini pelaksana (perspektif horizontal) dan sebagai wujud dari upaya penjabaran rencana jangka menengah dan jangka panjang rumah sakit. Akhirnya RKT yang tersusun secara baik dapat juga berfungsi sebagai alat pengendalian pelaksanaan kegiatan dalam rangka peningkatan mutu layanan dalam periode satu tahun.

B. DASAR HUKUM

Beberapa Peraturan perundang – undangan yang dijadikan pedoman dalam penyusunan Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RSUP Dr. Sardjito, di antaranya adalah:

1. Undang – undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran Badan Layanan Umum di Lingkungan Ditjen Bina Upaya Kesehatan.

C. KEDUDUKAN, TUGAS DAN FUNGSI

RSUP Dr. Sardjito merupakan Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan dengan status Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang berfungsi sebagai Rumah Sakit Kelas A Pendidikan, dipimpin oleh Direksi yang secara hirarkis bertanggung jawab kepada Menteri Kesehatan melalui Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

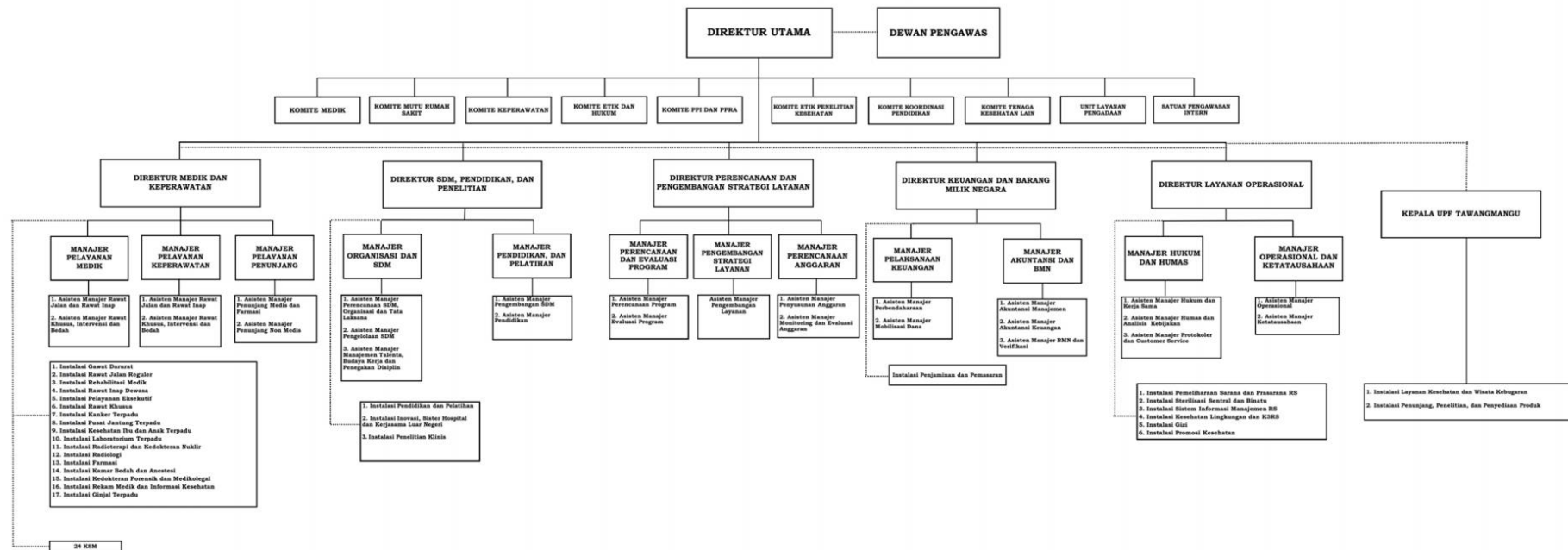
Berdasarkan Permenkes RI No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, tugas dan fungsi yang diemban organisasi adalah sebagai berikut:

1. RSUP mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi (Pasal 6).
2. Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, RSUP menyelenggarakan fungsi:
 - a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
 - b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
 - c. pengelolaan pelayanan non-medis;
 - d. pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
 - e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang
 - f. pelayanan kesehatan;
 - g. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
 - h. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
 - i. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
 - j. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
 - k. pengelolaan sistem informasi;

- l. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
 - m. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.
3. Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), RSUP yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan.

D. STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA

Berdasarkan Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta nomor OT.01.01/D.XI/29748/2024 yang ditetapkan oleh Direktur Utama pada tanggal 14 November 2024 maka struktur organisasi dan tata kerja RSUP Dr. Sardjito adalah sebagai berikut:



Gambar 1. 1 Struktur Organisasi RSUP Dr. Sardjito

1. Susunan Direksi

- a. Direktur Utama : dr. Eniarti M.Sc, Sp.KJ, M.M.R., QHIA
- b. Plt Direktur Medik dan Keperawatan : Dr. dr. Sri Mulatsih Sp.A(K), MPH
- c. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian : drg. Nusati Ikawahju, M.Kes
- d. Direktur Keuangan dan BMN : Linda Permatasari, S.E
- e. Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan : Khadirin S.I.P., M.A.R.S., M.H., QHIA
- f. Direktur Layanan Operasional : dr. Riat El Khair M.Sc, Sp. PK, Subsp. PI (K), QHIA., M.A.R.S

2. Susunan Dewan Pengawas

Sebagai Rumah Sakit Pengguna PPK-BLU per 1 Januari 2006, Dewan Pengawas RSUP ditetapkan berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/MENKES/1326/2023 tanggal 4 Mei 2023 dengan susunan keanggotaan sebagai berikut:

- Ketua : Hamengku Buwono X
- Anggota : dr. Azhar Jaya, SH., SKM., MARS
Prof. dr. Ova Emilia, M.Med, Ed, Sp. OG(K), Ph.D
Adriyanto, SE, MM, MA, PhD
Agung Yulianta, SE, MSI
- Sekretaris : dr. Ratih Haendrawati, M.P.H
(SK Direktur Utama No. HK.02.03/D.XI/14640/2024 tanggal 29 Juni 2023)

E. GAMBARAN SINGKAT KEGIATAN RSUP DR. SARDJITO

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan Rumah Sakit tipe A Pendidikan dengan kapasitas (tercatat) 881 tempat tidur sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito No. HK.02.03/D.XI/23864/2023 tanggal 10 Oktober 2023 tentang “Penetapan Ruang Perawatan dan Jumlah Tempat Tidur serta Ruang Perawatan Penyakit Infeksi Emerging Tahun 2023 di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”. Wilayah cakupan pelayanan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta meliputi Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Tengah bagian Selatan dan Jawa Timur bagian Barat, bahkan hampir seluruh Provinsi di Indonesia.

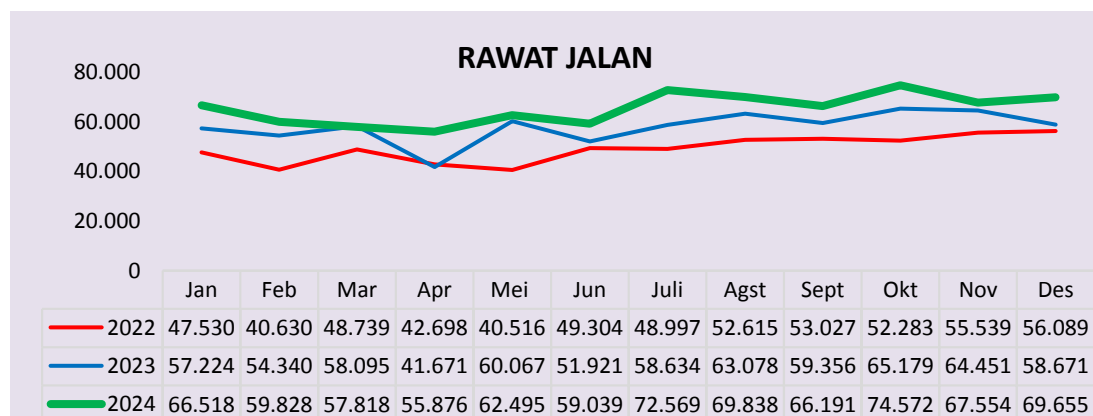
RSUP Dr. Sardjito mempunyai tugas menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan serta kegiatan lain di bidang kesehatan, seperti pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan yang dimaksud tertuang dalam Surat Keputusan Direktur Utama No.HK.02.03/D.XI/3595/2024 tanggal 13 Februari 2024 tentang jenis pelayanan di RSUP Dr. Sardjito yang terdiri atas pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan gawat darurat, dan pelayanan penunjang. Adapun layanan unggulan dalam RSB 2025 - 2029 adalah kanker, jantung, KIA, transplantasi organ, dan *precision medicine*.

1. KINERJA ASPEK PELAYANAN

a. Pelayanan Rawat Jalan

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Nomor: HK.02.03/D.XI/3595/2024 tentang jenis pelayanan di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tanggal 13 Februari 2024 dijelaskan bahwa RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai pelayanan rawat jalan yang dilengkapi dengan 10 poliklinik, 26 klinik, unit perlindungan kekerasan terhadap perempuan dan anak (UPKT-PA) – “SEKAR ARUM”, dan poli transfusi.

Angka kunjungan rawat jalan pada tahun 2024 sebanyak 781.953 kunjungan sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 692.687 kunjungan dan tahun 2022 sebanyak 587.967 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien rawat jalan sesuai gambar 1.2. di bawah ini.



Gambar 1. 2 Realisasi Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2022–2024

Pada gambar 1.2. terlihat pertumbuhan kunjungan rawat jalan tahun 2024 sebesar 112,9%, lebih tinggi dibandingkan tahun 2023. Analisis lebih lanjut terhadap komposisi kunjungan diketahui bahwa:

- 1) Kontribusi peningkatan kunjungan rawat jalan sebesar 12,9% terdiri dari kunjungan poliklinik reguler sebesar 57,46%, poli sabtu 21,32%, poli eksekutif 8,6%, dan UPF Tawangmangu 12,16%.
- 2) Pertumbuhan kunjungan poliklinik reguler yang paling tinggi di tahun 2024 adalah poli Kanker Terpadu “Tulip” 22% dan poli Penyakit Dalam 9%.

Dari data kunjungan pasien rawat jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 diperoleh data 10 besar penyakit pasien rawat jalan sesuai tabel 1.1. di bawah ini.

Tabel 1. 1 Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Jalan Tahun 2024

NO	KODE ICD 10	NAMA DIAGNOSA	JUMLAH KUNJUNGAN
1.	C50.9	<i>Malignant neoplasm: Breast, unspecified</i>	65.583
2.	C53.9	<i>Malignant neoplasm: Cervix uteri, unspecified</i>	19.053
3.	N18.5	<i>Chronic kidney disease, stage 5</i>	18.896
4.	I10	<i>Essential (primary) hypertension</i>	18.508
5.	I25.1	<i>Atherosclerotic heart disease</i>	17.266
6.	C79.5	<i>Secondary malignant neoplasm of bone and bone marrow</i>	16.544
7.	E11.9	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus: Without complications</i>	11.690
8.	C73	<i>Malignant neoplasm of thyroid gland</i>	10.395
9.	F88	<i>Other disorders of psychological development</i>	10.297
10.	C11.9	<i>Malignant neoplasm: Nasopharynx, unspecified</i>	9.597

Tanggal Download: 06/01/2025 09:08:07

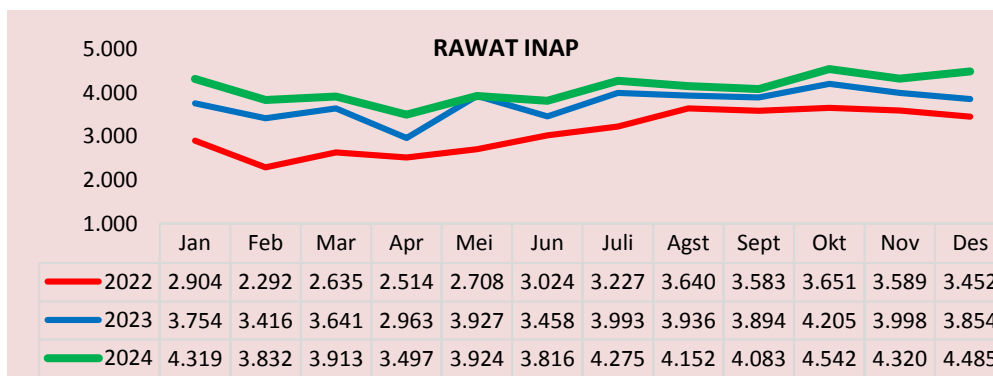
Dari tabel 1.1. di atas dapat diketahui jenis penyakit pasien yang berobat di pelayanan rawat jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS rujukan tersier dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) 3 yang didominasi kelompok penyakit kanker, ginjal, jantung, diabetes, dan jiwa.

b. Pelayanan Rawat Inap

Sesuai SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta No. HK.02.03/D.XI/3595/2024 tanggal 13 Februari 2024 tentang jenis pelayanan di RSUP Dr Sardjito dijelaskan bahwa RSUP Dr. Sardjito mempunyai 6 pelayanan rawat inap yang terdiri: rawat inap reguler dewasa, rawat inap reguler ibu dan anak, rawat inap jantung, rawat inap VIP, rawat khusus, layanan jantung pembuluh darah terpadu.

Sesuai SK Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta No. HK.02.03/D.XI/23864/2023 tanggal 10 Oktober 2023 tentang penetapan ruang perawatan dan jumlah tempat tidur serta ruang perawatan penyakit infeksi emerging tahun 2023 di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan total 881 tempat tidur.

Jumlah pasien masuk rawat inap pada tahun 2024 sebanyak 49.158 pasien sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 45.039 pasien. Realisasi kunjungan pasien rawat inap sesuai gambar 1.3. di bawah ini.



Gambar 1. 3. Realisasi Kunjungan Rawat Inap Tahun 2022 –2024

Pada Tahun 2024 diperoleh data efisiensi ruang rawat sesuai Tabel 1.2. di bawah ini.

Tabel 1. 2 Efisiensi Ruang Rawat Tahun 2022 – 2024

No.	Indikator	Standar	Tahun 2022	Tahun 2023	Thn 2024
1.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70-80 %	72.22 %	80,10%	80,85%
2.	<i>Average Length Of Stay (AvLOS)</i>	6-9 hari	5,71 hari	5,75 hari	5,36 hari
3.	<i>Bed Turn Over (BTO)</i>	40-60 kali	46.58 kali	51,32 kali	55,66 kali
4.	<i>Turn Over Interval (TOI)</i>	≤ 3 hari	2,13 hari	1,39 hari	1,26 hari
5.	<i>Gross Death Rate (GDR)</i>	45 permil	85 ‰	82‰	71‰
6.	<i>Net Death Rate (NDR)</i>	25 permil	60 ‰	61‰	55‰
7.	Jumlah Tempat Tidur (TT)		850	882	881

Dari Tabel 1.2. diketahui bahwa di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 tersedia 881 tempat tidur. BOR RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2024 lebih tinggi dibanding tahun 2023, disebabkan adanya regulasi perencanaan pasien pulang H-1 dan jam pulang pasien rawat inap sebelum jam 12.00 WIB sehingga pasien selanjutnya bisa segera masuk. Pada tahun 2024 capaian BOR yang rendah ada di bangsal Jiwa Teratai, Dahlia 3 ruang airborne, ICU Kresna Bedah jantung dan Kedokteran Nuklir karena merupakan tempat

rawat inap pasien spesifik yang jumlah pasiennya tidak banyak. BOR tinggi di ruang Dahlia 2, Cendana 3, Anggrek 2, dan ruang intensif anak NICU PICU.

Angka *Average Length Of Stay* (AvLOS) pada Tahun 2024 sudah mencapai angka 5,36 hari. Hal ini merupakan dampak dari adanya regulasi perencanaan pasien pulang H-1 dan jam pulang pasien rawat inap sebelum jam 12.00 WIB sehingga pasien selanjutnya bisa segera masuk serta adanya fasilitas sistem pelayanan rawat inap yang diisi oleh DPJP dengan memberi catatan tanggal waktu pasien boleh pulang.

Angka *BTO (Bed Turn Over)* Tahun 2024 sebesar 55,66 kali mencapai target. Masih terlihat tingginya angka *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR) bila dibanding dengan standar.

Dari data Kunjungan pasien rawat inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 diperoleh data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Inap sesuai Tabel 1.3. di bawah ini.

Tabel 1. 3 Data 10 Besar Penyakit Pasien Rawat Inap Tahun 2024

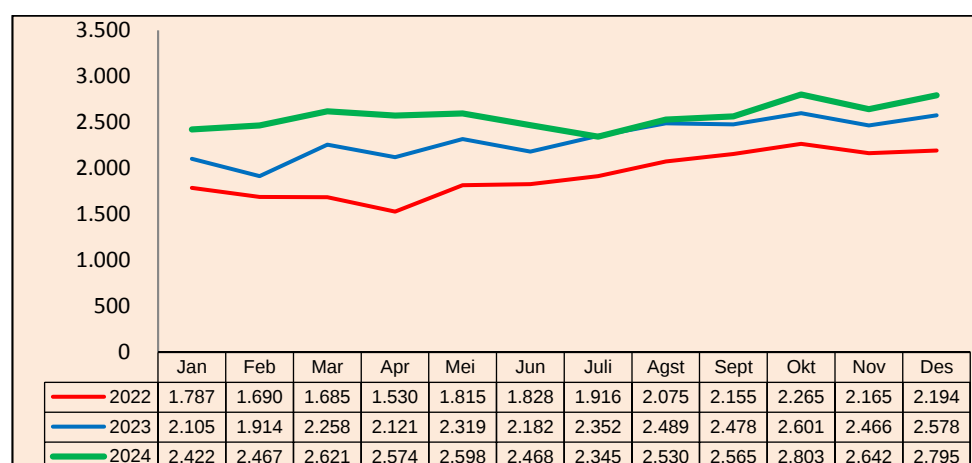
NO	KODE ICD 10	NAMA DIAGNOSA	JUMLAH KUNJUNGAN
1.	C50.9	<i>Malignant neoplasm: Breast, unspecified</i>	989
2.	I25.1	<i>Atherosclerotic heart disease</i>	814
3.	I63.9	<i>Cerebral infarction, unspecified</i>	383
4.	J18.9	<i>Pneumonia, unspecified</i>	365
5.	I21.1	<i>Acute transmural myocardial infarction of inferior wall</i>	330
6.	I21.0	<i>Acute transmural myocardial infarction of anterior wall</i>	329
7.	I50.0	<i>Congestive heart failure</i>	321
8.	M51.2	<i>Other specified intervertebral disc displacement</i>	293
9.	C34.9	<i>Malignant neoplasm: Bronchus or lung, unspecified</i>	284
10.	Q21.1	<i>Atrial septal defect</i>	283

Tanggal Download: 08/01/2025 09:10:07

Dari Tabel 1.3. di atas dapat diketahui jenis penyakit pasien yang berobat di Pelayanan Rawat Inap RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Rujukan Tersier dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) 3 yang didominasi oleh kelompok penyakit kanker, jantung, saraf, dan infeksi.

c. Pelayanan Gawat Darurat

Angka kunjungan gawat darurat pada Tahun 2024 sebanyak 30.830 kunjungan sedangkan Tahun 2023 sebanyak 27.863 kunjungan. Pertumbuhan kunjungan gawat darurat 24,28%. Realisasi kunjungan pasien gawat darurat sesuai Gambar 1.4. di bawah ini.



Gambar 1. 4. Realisasi Kunjungan Gawat Darurat Tahun 2022–2024

Pada Gambar 1.4. terlihat pencapaian kunjungan rawat darurat Tahun 2024 sebesar 110,6%, meningkat dibandingkan Tahun 2023, dari data kunjungan pasien rawat darurat RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 diperoleh data 10 Besar Penyakit Pasien Gawat Darurat sesuai Tabel 1.4. di bawah ini.

Tabel 1. 4 Data 10 Besar Penyakit Pasien Gawat Darurat Tahun 2024

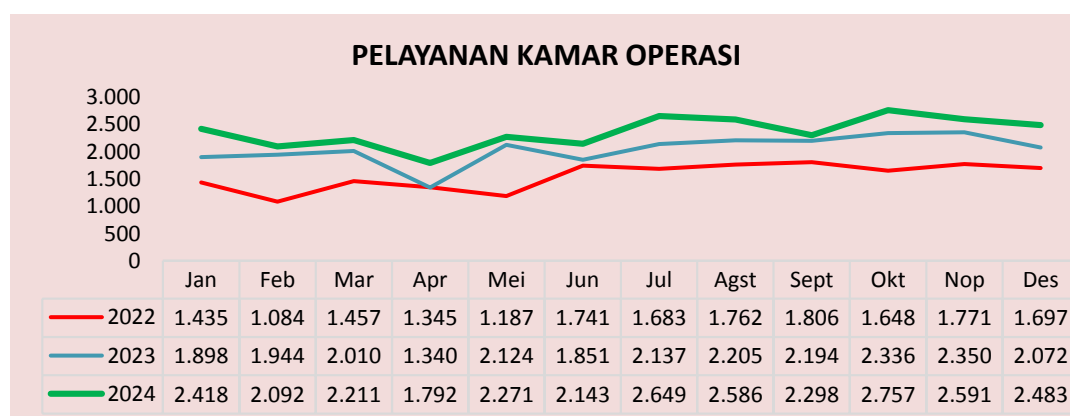
NO	KODE ICD 10	NAMA DIAGNOSA	JUMLAH KUNJUNGAN
1.	N17.9	<i>Acute renal failure, unspecified</i>	2.524
2.	E87.1	<i>Hypo-osmolality and hyponatraemia</i>	2.464
3.	J18.9	<i>Pneumonia, unspecified</i>	2.281
4.	E88.0	<i>Disorders of plasma-protein metabolism, not elsewhere classified</i>	1.984
5.	I10	<i>Essential (primary) hypertension</i>	1.902
6.	R10.4	<i>Other and unspecified abdominal pain</i>	1.875
7.	E11.9	<i>Non-insulin-dependent diabetes mellitus: Without complications</i>	1.724
8.	D64.9	<i>Anaemia, unspecified</i>	1.505
9.	R74.0	<i>Elevation of levels of transaminase and lactic acid dehydrogenase [LDH]</i>	1.374
10.	D69.6	<i>Thrombocytopenia, unspecified</i>	1.315

Tanggal Download: 06/01/2025 09:08:56

Dari Tabel 1.4. di atas dapat diketahui jenis penyakit pasien yang berobat di Pelayanan Gawat Darurat RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai RS Rujukan *Tersier* dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) 3 yang didominasi kelompok penyakit ginjal, infeksi, diabetes dan kelainan komponen darah serta nyeri abdomen.

d. Pelayanan Operasi

Realisasi Pelayanan Operasi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 sebanyak 28.291 dan Tahun 2023 sebanyak 24.461 tindakan. Realisasi pelayanan operasi sesuai Gambar 1.5. di bawah ini



Gambar 1. 5. Realisasi Pelayanan Operasi Tahun 2022 – 2024

Pada Gambar 1.5. terlihat pertumbuhan tindakan di kamar operasi tahun 2024 angka sebesar 115,7%, meningkat dibandingkan tahun 2023. Pada tahun 2024 terdapat 28.291 tindakan pelayanan operasi dengan perincian sebagai berikut sesuai Tabel 1.5.

Tabel 1. 5 Kegiatan Pelayanan Operasi Tahun 2024

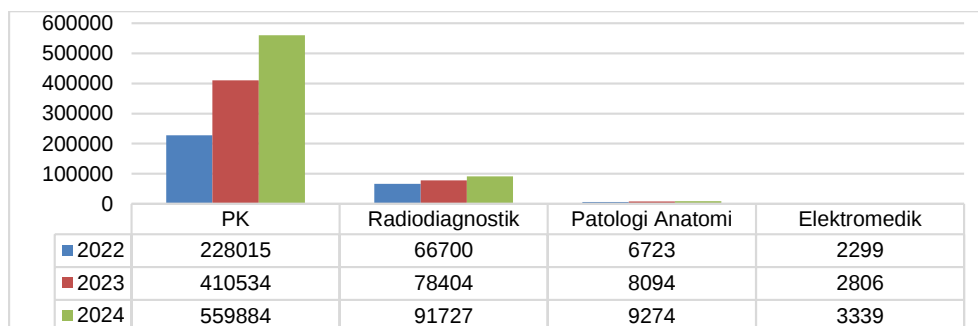
Bulan	Operasi					Keterangan
	Elektif	ODC	Fast Track	CITO GBST	CITO IGD	
Januari	1237	505	492	24	160	2418
Februari	1089	472	361	28	142	2092
Maret	1024	506	486	31	164	2211
April	858	362	370	41	161	1792
Mei	1041	611	403	24	192	2271
Juni	1040	553	368	28	154	2143

Bulan	Operasi					Keterangan
	Elektif	ODC	Fast Track	CITO GBST	CITO IGD	
Juli	1361	621	456	15	196	2649
Agustus	1269	635	453	30	199	2586
September	1134	550	387	24	203	2298
Oktober	1253	611	667	29	197	2757
November	1167	598	567	22	237	2591
Desember	1182	476	539	30	256	2483
<u>TOTAL</u>	13.655	6.500	5.549	326	2.261	28.291

Pada Tabel 1.5. terlihat bahwa realisasi pelayanan operasi pada tahun 2024 terbanyak pada pelayanan operasi elektif sebanyak 13.655 tindakan atau 48,3% dan terkecil adalah pelayanan operasi cito GBST sebanyak 326 tindakan atau 1,2%.

e. Pelayanan Penunjang

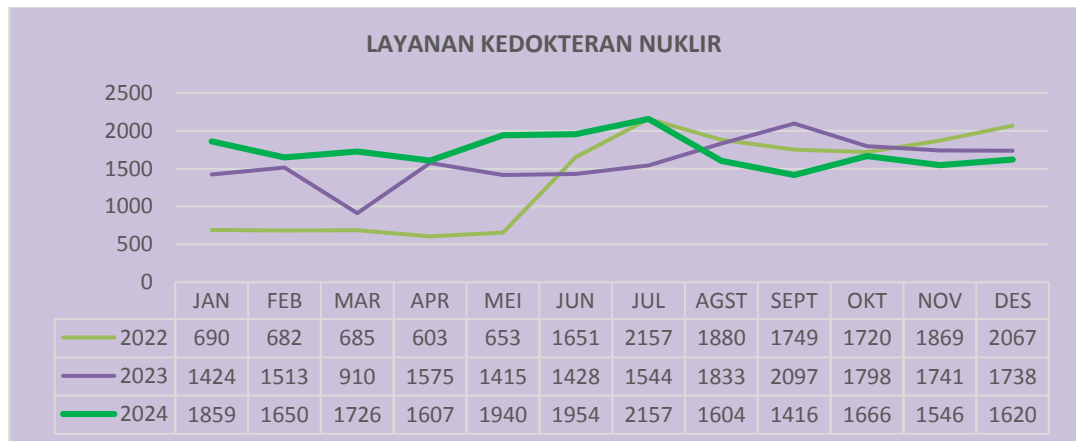
Pelayanan penunjang yang ada di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta terdiri dari pelayanan pemeriksaan patologi klinik, pelayanan pemeriksaan radiodiagnostik, pelayanan pemeriksaan patologi anatomi dan pelayanan pemeriksaan elektromedik terpadu. Untuk kinerja pelayanan penunjang lain dilaporkan secara internal. Realisasi pelayanan penunjang pada Tahun 2024 sesuai Gambar 1.6. di bawah ini:



Gambar 1. 6. Pencapaian Layanan Penunjang Tahun 2022 – 2024

f. Pelayanan Kedokteran Nuklir

Pelayanan Kedokteran Nuklir di RSUP Dr Sardjito terdiri dari layanan kedokteran nuklir di poli, rawat inap, terapi Iodium, RIA, stereotactic, dan tindakan lain. Realisasi pelayanan kedokteran nuklir di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 20.745 tindakan, sedangkan tahun 2023 sebanyak 19.016 tindakan dan tahun 2022 sebanyak 16.406 tindakan. Pelayanan kedokteran nuklir bertempat di gedung Bima. Realisasi pelayanan kedokteran nuklir sesuai gambar 1.7. di bawah ini:

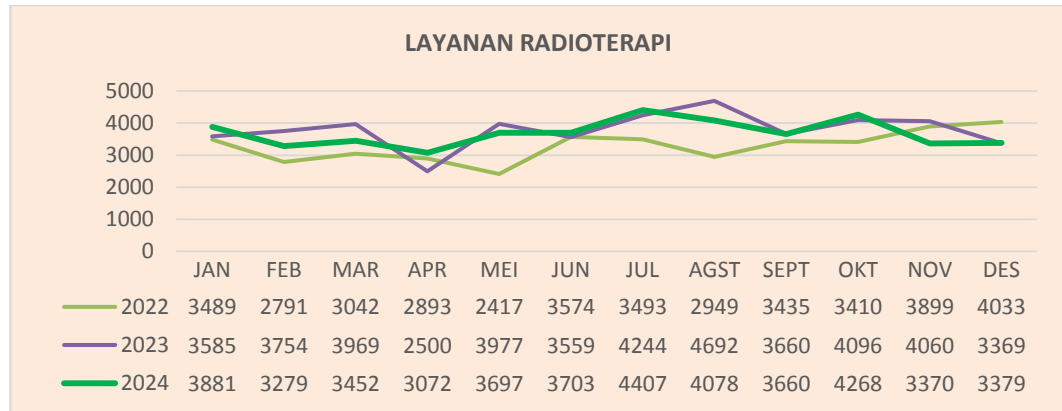


Gambar 1. 7. Pencapaian Layanan Kedokteran Nuklir
Tahun 2022 – 2024

Pertumbuhan pelayanan kedokteran nuklir tahun 2024 sebesar 109% dibanding tahun 2023. Kedokteran nuklir memulai pelayanan secara komprehensif per-13 Juni 2023. Peningkatan jumlah pasien dirasakan baik diagnostik in vivo maupun terapi radionuklida seperti terapi pada kanker tiroid dengan I-131 dan terapi *bone pain palliative* dengan 153 Samarium EDTMP.

g. Pelayanan Radioterapi

Realisasi pelayanan radioterapi di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 44.246 tindakan, sedangkan tahun 2023 sebanyak 45.465 tindakan dan tahun 2022 sebanyak 39.425 tindakan. Realisasi pelayanan radioterapi sesuai gambar 1.8. di bawah ini:



Gambar 1. 8. Pencapaian Layanan Radioterapi Tahun 2022 – 2024
Pertumbuhan pelayanan radioterapi tahun 2024 sebesar 97,32% menurun dibanding tahun 2023. Permasalahan tersebut antara lain disebabkan oleh penurunan produktivitas .

h. Pelayanan Unggulan

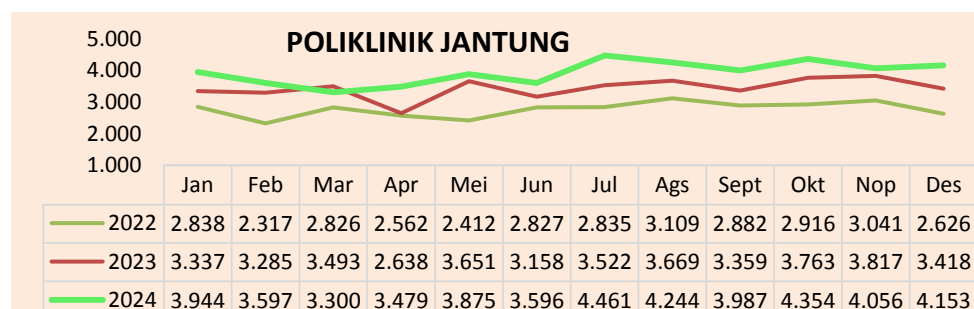
Sesuai RSB RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2020-2024 telah dijelaskan bahwa layanan unggulan yang terdiri dari :

1) Layanan Jantung Terpadu

Layanan Jantung Terpadu di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 dengan kinerja sebagai berikut :

a) Pelayanan Poliklinik Jantung

Kunjungan poliklinik jantung di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2024 sebanyak 47.046 kunjungan sedangkan tahun 2023 sebanyak 41.110 kunjungan. Realisasi kunjungan poliklinik jantung sesuai gambar 1.9. di bawah ini.

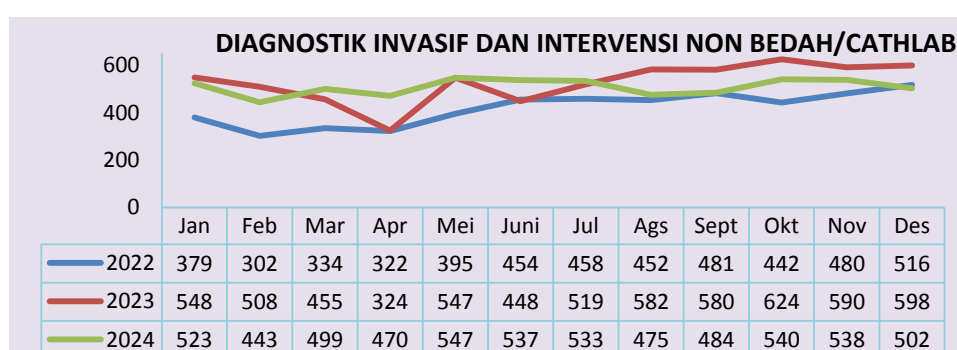


Gambar 1. 9. Realisasi Pasien Poliklinik Jantung Rawat Jalan
Tahun 2022 –2024

Dari gambar 1.9. tampak pertumbuhan kunjungan poliklinik jantung pada tahun 2024 sebesar 114,4% meningkat dibandingkan tahun 2023.

b) Pelayanan Penunjang Diagnostik Jantung Invasif dan Intervensi Non Bedah

Realisasi pelayanan penunjang diagnostik jantung invasif dan intervensi non bedah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 6.091 tindakan dan tahun 2023 sebanyak 6.323 tindakan. Realisasi pelayanan penunjang diagnostik invasif dan intervensi non bedah sesuai Gambar 1.10. di bawah ini.



Gambar 1. 10. Realisasi Layanan Penunjang Diagnostik Invasif dan Intervensi Non Bedah Tahun 2022 – 2024

Dari gambar 1.10. tampak bahwa pertumbuhan tindakan penunjang diagnostik invasif tahun 2024 sebesar 106,7% dibandingkan tahun 2023 hal ini karena RSUP Dr. Sardjito sudah mempunyai tim jantung terpadu dengan meningkatkan layanan intervensi jantung non bedah dan penambahan sarana penunjang seperti mesin OCT, pemeriksaan fungsional, monitor invasif, cath lab, dll. Capaian ini baru tercapai 47,75% dari capaian tahun 2023, sehingga masih harus meningkatkan layanan intervensi jantung non bedah.

Tabel 1. 6 Data Pelayanan Penunjang Diagnostik Non Invasif Tahun 2024

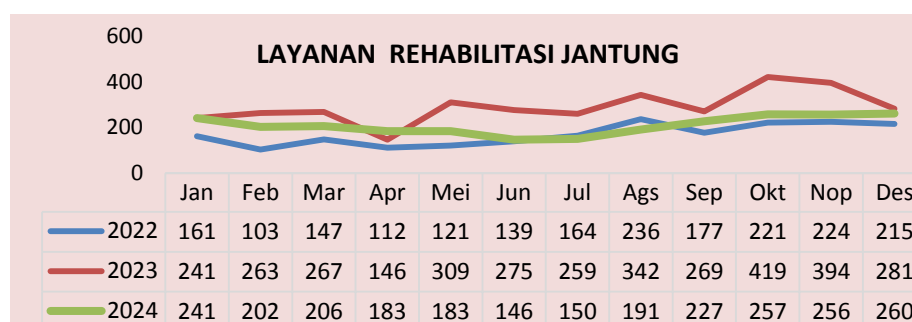
No	Kegiatan <i>Diagnostik Non Invasif</i>	Tahun 2024
1.	TTE Dewasa	8.115
2.	Buble Test	40
3.	Vaskuler	432
4.	DSE	36
5.	TEE	463

6.	ABPM	89
7.	EKG (Rawat Inap)	5.007
8.	EKG (Rajal)	1.240
9.	Holter	435
10.	Treadmill	520
Jumlah		16.377

Dari tabel 1.6 di atas nampak bahwa pada tahun 2024 tindakan pelayanan penunjang diagnostik non invasif yang paling banyak adalah tindakan TTE dewasa sebanyak 8.115 tindakan atau 49,6%, diikuti oleh tindakan EKG sebanyak 5.007 atau 30,6%.

c) Rehabilitasi Jantung

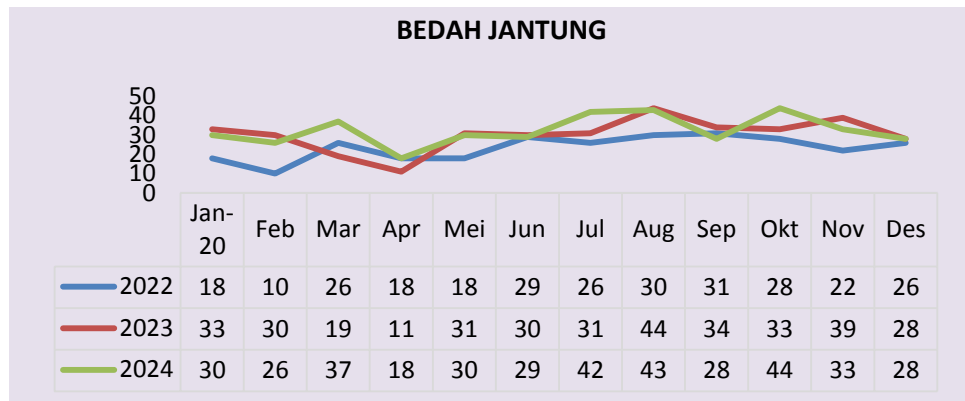
Pelayanan rehabilitasi jantung di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 2.502 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 3.465 tindakan. Realisasi Pelayanan Rehabilitasi Jantung sesuai gambar 1.11. di bawah ini.



Gambar 1. 11. Realisasi Pelayanan Rehabilitasi Jantung Tahun 2022 – 2024

d) Pelayanan Operasi Jantung

Pelayanan operasi jantung di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 388 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 363 tindakan. Operasi jantung sesuai Gambar 1.12. di bawah ini.

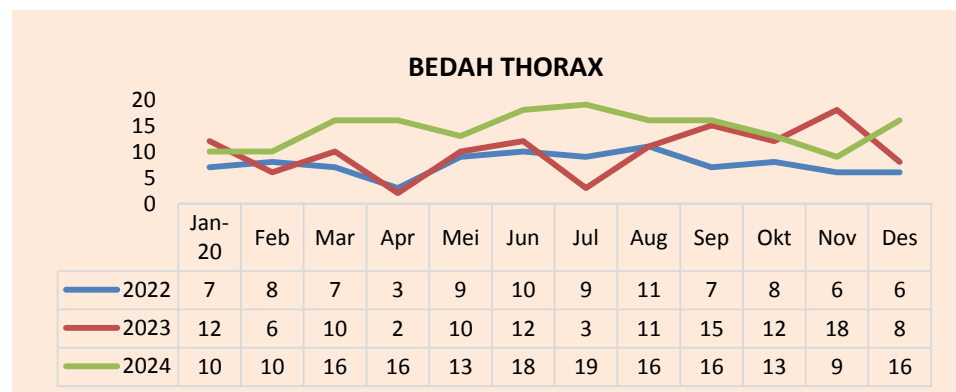


Gambar 1. 12. Realisasi Pelayanan Operasi Jantung Tahun 2022 – 2024

Dari gambar 1.12. di atas terlihat pertumbuhan tindakan operasi jantung tahun 2024 sebesar 106,9% dibandingkan tahun 2023.

e) Pelayanan Bedah Thorax

Pelayanan Bedah Thorax di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 172 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 119 tindakan. Realisasi pelayanan bedah thorax sesuai gambar 1.13. di bawah ini.



Gambar 1. 13. Realisasi Pelayanan Bedah Thorax Tahun 2022-2024

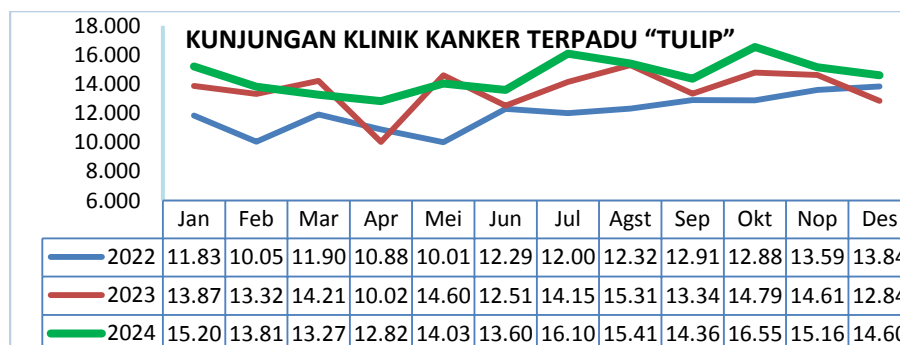
Dari Gambar 1.13. terlihat bahwa pertumbuhan pelayanan bedah thorax tahun 2024 sebesar 144,5% dibandingkan tahun 2023.

2) Layanan Kanker Terpadu

a) Kunjungan Pasien Kanker Terpadu Dewasa

Kunjungan pasien dewasa di Instalasi Kanker Terpadu pada tahun 2024 sebanyak 174.957 kunjungan yang terdiri dari poliklinik Kanker Terpadu

pagi sebanyak 174.308 kunjungan dan poliklinik Kanker Terpadu sore sebanyak 649 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 163.612 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien Kanker Terpadu dewasa sesuai Gambar 1.14. di bawah ini.

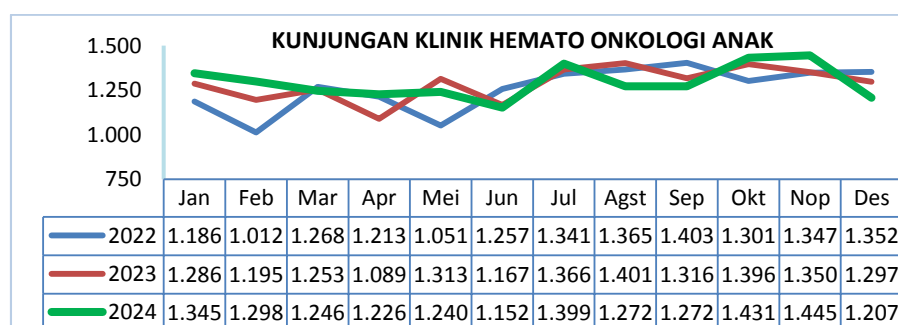


Gambar 1. 14. Kunjungan Pasien Kanker Dewasa Tahun 2022 – 2024

Berdasarkan Gambar 1.15. terlihat pertumbuhan kunjungan pasien kanker dewasa tahun 2024 sebesar 106,9% dibanding tahun 2023.

b) Kunjungan Pasien Hemato Onkologi Anak

Kunjungan pasien hemato onkologi anak pada tahun 2024 sebanyak 15.533 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 15.429 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien hemato onkologi anak sesuai Gambar 1.15. di bawah ini.

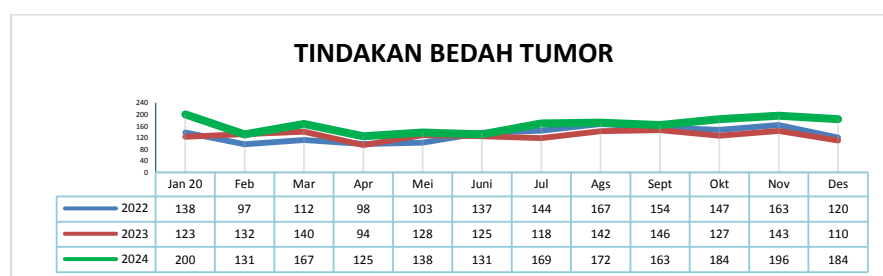


Gambar 1. 15. Realisasi Kunjungan Pasien Hemato Onkologi Anak Tahun 2022-2024

Berdasarkan Gambar 1.15. terlihat bahwa pertumbuhan kunjungan pasien hemato onkologi anak di RSUP Dr. Sardjito tahun 2024 sebesar 100,7%, meningkat dibanding tahun 2023.

c) Pelayanan Tindakan Bedah Tumor

Tindakan bedah tumor di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 1.960 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 1.528 tindakan. Realisasi tindakan bedah tumor sesuai Gambar 1.16. di bawah ini.



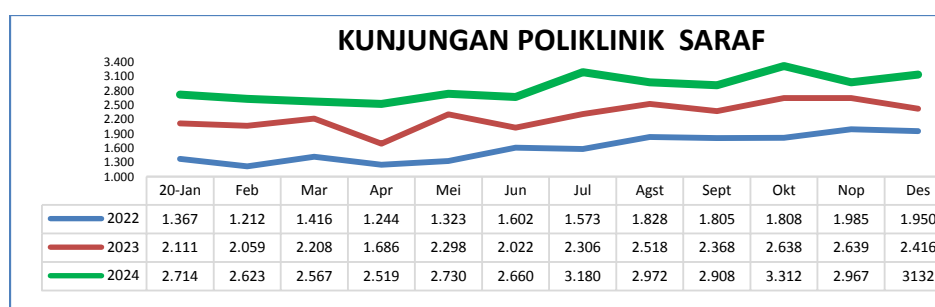
Gambar 1. 16. Realisasi Tindakan Bedah Tumor Tahun 2022-2024

3) Layanan Otak Dan Vaskuler Terpadu

Layanan Otak Dan Vaskuler Terpadu meliputi kegiatan pelayanan di poliklinik saraf, di poliklinik bedah saraf dan pelayanan tindakan operasi bedah saraf.

a) Kunjungan Poliklinik Saraf

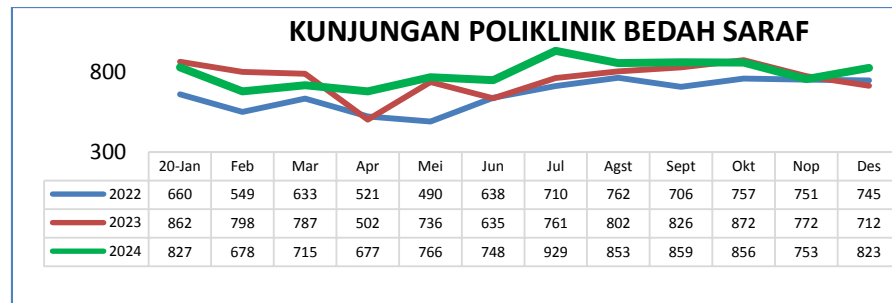
Kunjungan pasien di poliklinik saraf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 34.284 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 27.269 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien di Poliklinik Saraf sesuai gambar 1.17. di bawah ini.



Gambar 1. 17. Realisasi Kunjungan Poliklinik Saraf Tahun 2022 – 2024

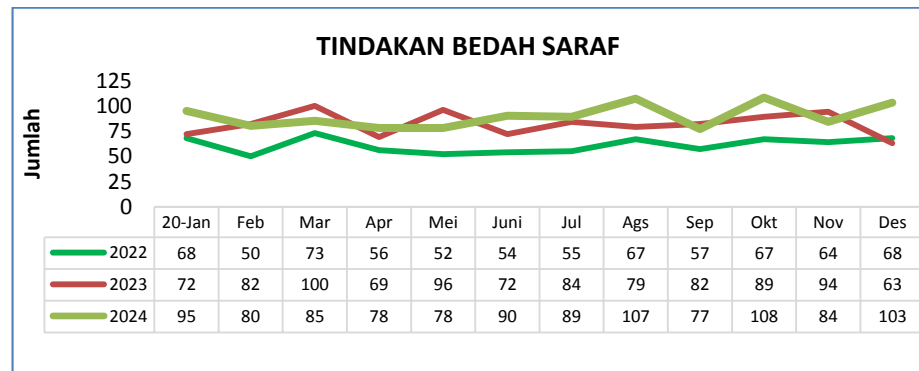
b) Kunjungan Poliklinik Bedah Saraf

Kunjungan pasien poliklinik bedah saraf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 9.484 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 9.065 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien di poliklinik bedah saraf sesuai Gambar 1.18. di bawah ini.



Gambar 1. 18. Realisasi Kunjungan Di Poliklinik Bedah Saraf
Tahun 2022-2024

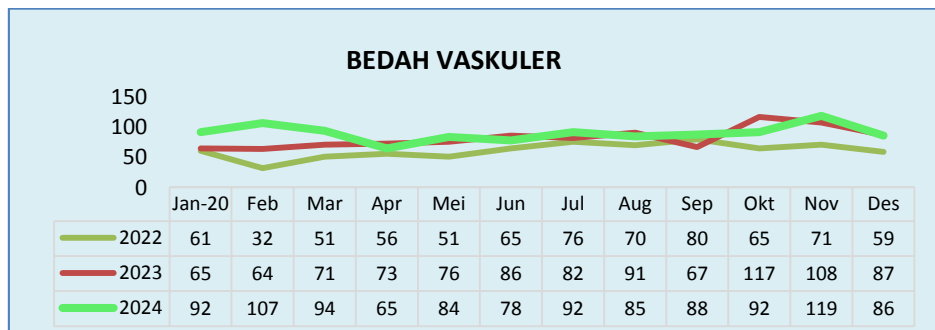
Tindakan Operasi pasien Bedah Saraf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 sebanyak 1.074 tindakan, sedangkan pada Tahun 2023 sebanyak 982 tindakan. Realisasi tindakan pasien Bedah Saraf sesuai Gambar 1.19. di bawah ini.



Gambar 1. 19. Realisasi Tindakan Bedah Saraf Tahun 2022-2024

c) Tindakan Bedah Vaskuler

Pelayanan operasi bedah vaskuler pada tahun 2024 sebanyak 1.082 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 987 tindakan. Realisasi pelayanan operasi bedah vaskuler sesuai gambar 1.20. di bawah ini.

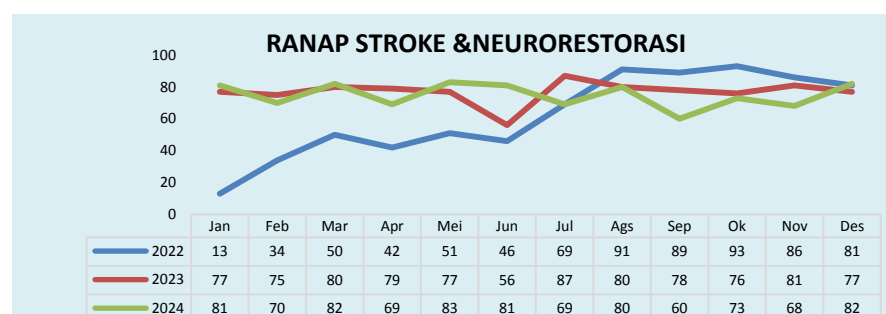


Gambar 1. 20. Realisasi Tindakan Operasi Bedah Vaskuler
Tahun 2022 – 2024

Dari gambar 1.20. terlihat bahwa pertumbuhan tindakan operasi bedah vaskuler pada tahun 2024 sebesar 109,6% dibanding tahun 2023.

d) Pelayanan Ranap Stroke dan Neurorestorasi

Pelayanan rawat inap pasien neurorestorasi pada tahun 2024 sebanyak 898, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 923 pasien. Rincian realisasi pelayanan rawat inap pasien neurorestorasi sesuai Gambar 1.21. di bawah ini.



Gambar 1. 21. Realisasi Pelayanan Ranap Neurorestorasi
Tahun 2022 - 2024

Dari gambar 1.21. terlihat bahwa pertumbuhan pelayanan rawat inap pasien stroke dan pada tahun 2024 sebesar 97,3% dibandingkan tahun 2023.

4) **Layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism* (*Layanan Privilege*)**

Layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism* (*Layanan Privilege*) terdiri dari MCU, *Delivery Suite*, Transplantasi Ginjal, *Aesthetic Center*, *Eye Center*, MIS dan Endoskopik, Reproduksi Berbantu (IVF)/ Bayi Tabung. Pada Tahun 2024 layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism* (*Layanan Privilege*) sebagai berikut:

a) **Estetika Center**

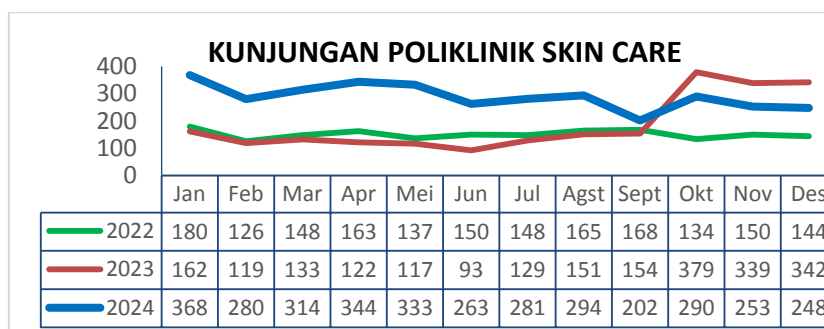
Layanan Sardjito *Aesthetic Center* mengusung konsep estetika terintegrasi bersama beberapa KSM, antara lain KSM Kulit dan Kelamin, KSM Bedah sub Bedah Plastik, KSM Mata, KSM Gigi, KSM Penyakit dalam sub Endokrin Metabolik serta psikologi.

Aesthetic Center merupakan pelayanan yang terdiri dari kulit, gigi dan bedah plastik, Klinik Obesitas, dengan rincian realisasi pelayanan sebagai berikut :

(1) Pelayanan Kesehatan Kulit di *Skin Center*

Pelayanan *Skin Center* membantu pelanggan untuk tampil cantik serta memiliki kulit wajah dan tubuh yang sehat dan terawat. Aneka jenis perawatan kulit terdiri dari terapi jerawat dan bekas jerawat, peremajaan kulit, konsultasi permasalahan kulit karena kosmetik dan non kosmetik, terapi kelainan pigmen, dll.

Kunjungan pelayanan di *Skin Center* pada tahun 2024 sebanyak 3.470, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 2.240 kunjungan. Realisasi kunjungan di *Skin Center* RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2022 - 2024 sesuai Gambar 1.22. di bawah ini.

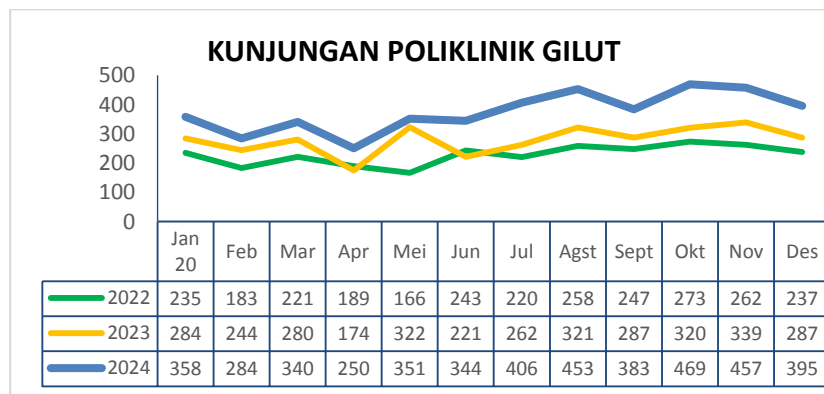


Gambar 1. 22. Realisasi Kunjungan Pelayanan *Skin Center* Tahun 2022 – 2024

Dari Gambar 1.22. terlihat pertumbuhan kunjungan pelayanan *Skin Center* pada tahun 2024 sebesar 154,9%, dibandingkan periode yang sama pada tahun 2023.

(2) Gigi

Realisasi kunjungan poliklinik Gigi dan Mulut pada tahun 2024 sebanyak 4.490, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 3.341. Realisasi kunjungan pasien poliklinik Gigi dan Mulut sesuai Gambar 1.23. di bawah ini.



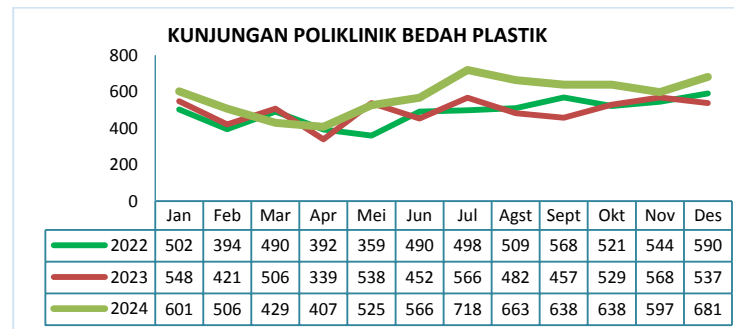
Gambar 1. 23. Realisasi Kunjungan Pelayanan Gigi Dan Mulut Tahun 2022 –2024

Dari Gambar 1.24. terlihat pertumbuhan kunjungan pasien Poliklinik Gigi dan Mulut pada tahun 2024 sebesar 134,4% dibandingkan kunjungan tahun 2023.

(3) Bedah Plastik

Realisasi pelayanan bedah plastik terdiri dari realisasi kunjungan klinik bedah plastik dan realisasi pelayanan tindakan operasi bedah plastik di Instalasi Kamar Bedah dan Anestesi (IKBA), dengan rincian sebagai berikut :

- (a) Realisasi kunjungan Klinik Bedah Plastik pada tahun 2024 sebanyak 6.969 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 5.943 kunjungan. Realisasi kunjungan Klinik Bedah Plastik sesuai Gambar 1.24. di bawah ini.

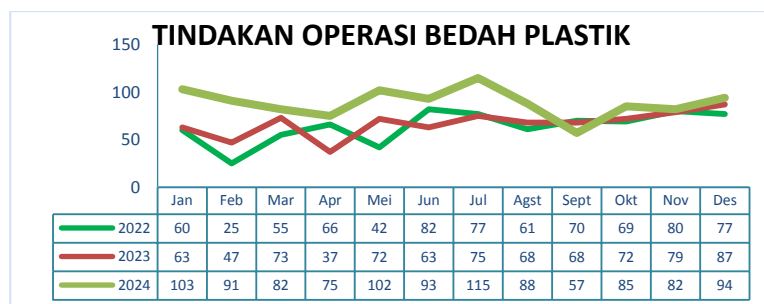


Gambar 1. 24. Realisasi Kunjungan Klinik Bedah Plastik Tahun 2022 - 2024

Dari Gambar 1.24. di atas terlihat pertumbuhan kunjungan pelayanan klinik Bedah Plastik pada tahun 2024 sebesar 117,3% dibandingkan tahun 2023.

- (b) Realisasi pelayanan operasi Bedah plastik di IKBA

Pada tahun 2024 sebanyak 1.067 tindakan, sedangkan pada Tahun 2023 sebanyak 804 tindakan. Realisasi pelayanan Bedah Plastik sesuai Gambar 1.25. di bawah ini.



Gambar 1. 25. Realisasi Pelayanan Bedah Plastik Tahun 2022 - 2024

(4) **Klinik Obesitas**

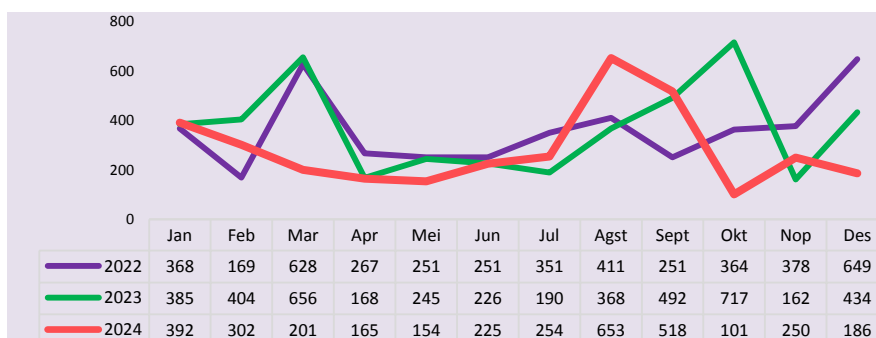
Klinik Obesitas mulai operasional pada bulan Mei tahun 2023. Realisasi kunjungan Klinik Obesitas pada tahun 2024 sebanyak 210 kunjungan, sedangkan pada bulan Mei-Desember 2023 sebanyak 200 kunjungan.



Gambar 1. 26. Realisasi Pelayanan Klinik Obesitas Tahun 2023- 2024

b) Medical Check Up (MCU)

Realisasi kunjungan pelayanan di Poliklinik MCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 sebanyak 3.401 kunjungan, sedangkan pada Tahun 2023 sebanyak 4.447 kunjungan. Rincian realisasi kunjungan Poliklinik MCU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sesuai Gambar 1.27. di bawah ini.



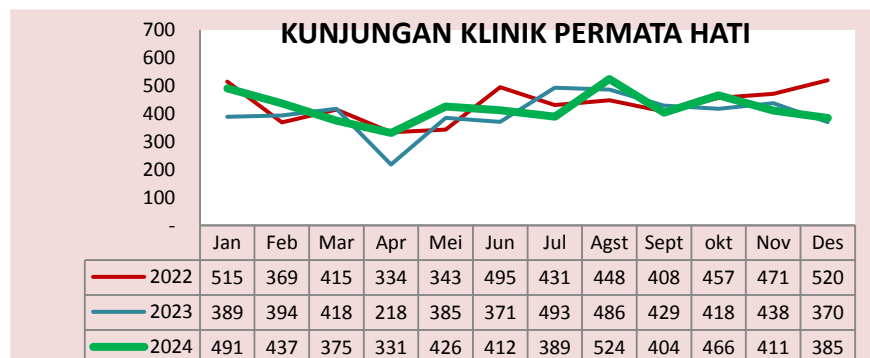
Gambar 1. 27. Realisasi Kunjungan Poliklinik MCU Tahun 2022 –2024

Sesuai Gambar 1.27. terlihat kunjungan Poliklinik MCU di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 turun sebesar 76,5% dibandingkan tahun 2023.

c) Layanan Kesehatan Reproduksi

Klinik Infertilitas Permata Hati memberikan pelayanan unggulan terkait permasalahan infertilitas secara paripurna dan terpadu. Para ahli di bidangnya saling bekerja sama antar lain dokter kebidanan dan penyakit kandungan (konsultan endokrinologi reproduksi), dokter spesialis andrologi, dokter spesialis urologi, embriologis, ahli genetika, psikolog, dll. Bidang keahlian lain yang juga erat berkaitan dengan kegiatan Klinik Permata Hati adalah imunologi reproduksi, anesthesiologi, radiologi, onkologi, juga tim dari klinik infertilitas Permata Hati meliputi tim perawat, tim analis laboratorium kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan khusus tentang pelayanan infertilitas serta tim administrasi. Klinik infertilitas Permata Hati juga menyediakan layanan Laboratorium andrologi, Laboratorium embriologi, Program TRB (Inseminasi Buatan, IVF) M-TESA/Biopsi jaringan *testis*, *Preservasi gamet*, *embrio*, jaringan gonad, *Histeroskopi-Laparoskopi* Kedokteran Reproduksi.

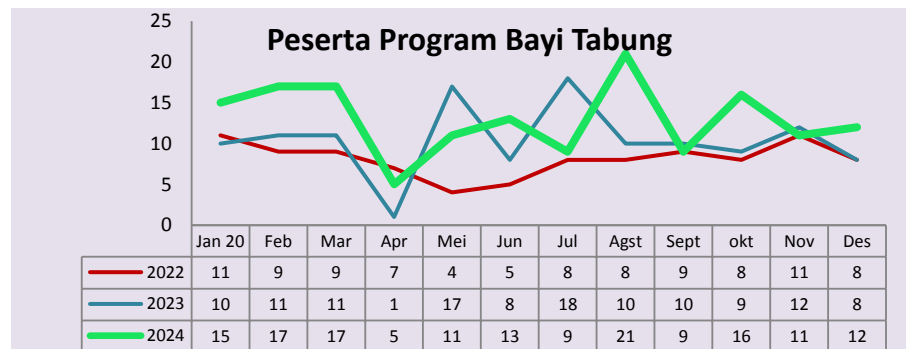
Realisasi kunjungan pelayanan Poliklinik Permata Hati RSUP Dr. Sardjito pada Tahun 2024 sebanyak 5.051 kunjungan, sedangkan pada Tahun 2023 sebanyak 4.809 kunjungan. Realisasi kunjungan pasien di Poliklinik Permata Hati sesuai Gambar 1.29. di bawah ini.



Gambar 1. 28. Realisasi Kunjungan Poliklinik Permata Hati Tahun 2022 – 2024

Sesuai Gambar 1.28. terlihat bahwa pertumbuhan kunjungan di Poliklinik Permata Hati RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 sebesar 105% dibanding tahun 2023.

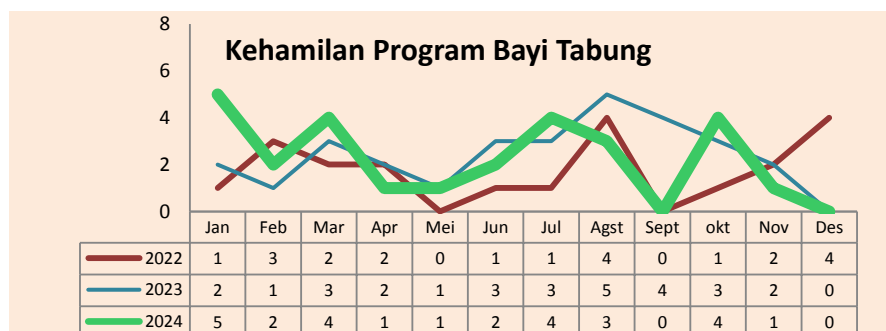
Poliklinik Permata Hati RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mempunyai pelayanan program bayi tabung (Kehamilan Biokimiawi Program *In Vitro Fertilisation/ IVF*). Syarat utama keberhasilan program bayi tabung adalah untuk ibu yg usia kurang dari atau sama dengan 38 tahun dan kadar AMH (*anti-Mullerian Hormone*) minimal 1,2 ng/ml. Realisasi peserta Program Bayi Tabung Poliklinik Permata Hati sesuai syarat utama di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada Tahun 2024 sebanyak 153 peserta, sedangkan pada Tahun 2023 sebanyak 125 peserta. Rincian realisasi peserta program bayi tabung sesuai Gambar 1.29. di bawah ini.



Gambar 1. 29. Realisasi Peserta Program Bayi Tabung Poliklinik Permata Hati Tahun 2022 - 2024

Dari Gambar 1.29. terlihat pertumbuhan peserta program bayi tabung pada Tahun 2024 meningkat menjadi 122,4% dibanding Tahun 2023.

Realisasi kehamilan program bayi tabung pada Tahun 2024 sebanyak 27 kehamilan, sedangkan Tahun 2023 sebanyak 29 kehamilan, dan Tahun 2022 sebanyak 21 kehamilan. Realisasi kehamilan program bayi tabung sesuai Gambar 1.30. di bawah ini.



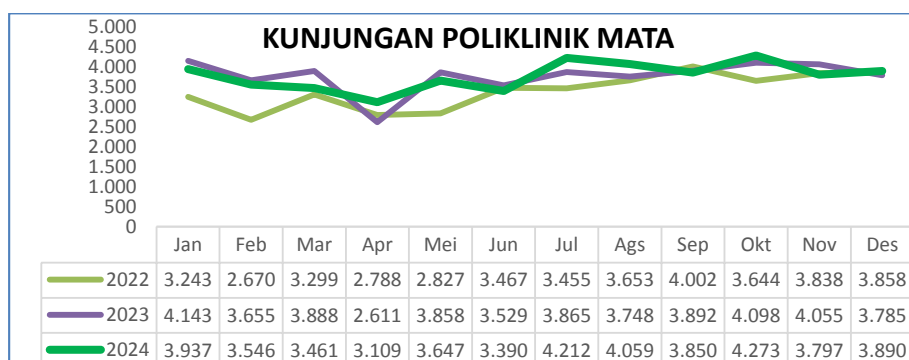
Gambar 1. 30. Realisasi Kehamilan Program Bayi Tabung

Pada Gambar 1.30. di atas terlihat keberhasilan kehamilan program bayi tabung tahun 2024 sebesar 93,1%, menurun dibanding tahun 2023.

d) Eye Center

Pelayanan *Eye Center* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta meliputi penyakit mata infeksi dan imunologi, pelayanan terpadu untuk penyakit retina, rekonstruksi okuloplasti dan onkologi (kelainan pada mata), *neuro-ophthalmology eye center*, kornea dan bedah refraktif center, refraksi, lensa kontak, dan *low vision center*.

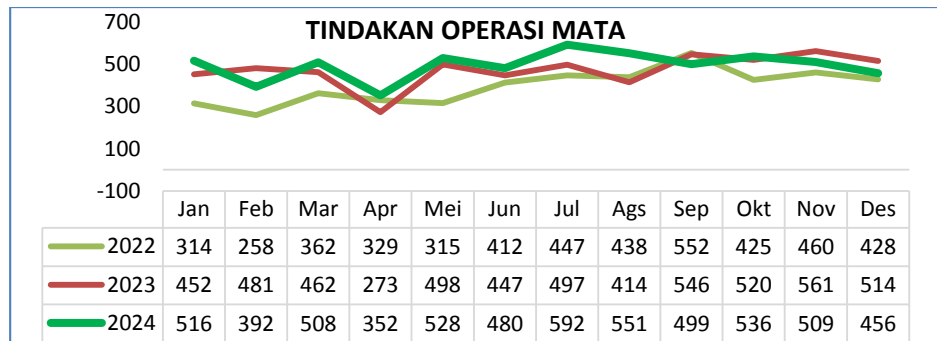
Pelayanan *Eye Center* rawat jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 45.171 kunjungan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 45.127 kunjungan. Realisasi kunjungan *Eye Center* rawat jalan RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sesuai Gambar 1.31. di bawah ini.



Gambar 1. 31. Realisasi Kunjungan *Eye Center* Rawat Jalan Tahun 2022 – 2024

Dari gambar 1.31. di atas terlihat pertumbuhan kunjungan pasien poliklinik Mata tahun 2024 sebesar 100,1% dibandingkan kunjungan tahun 2023

Realisasi pelayanan tindakan operasi mata elektif dan *One Day care* di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tahun 2024 sebanyak 5.919 tindakan, sedangkan pada tahun 2023 sebanyak 5.665 tindakan. Realisasi pelayanan tindakan operasi mata sesuai Gambar 1.32. dibawah ini.



Gambar 1. 32. Pertumbuhan Realisasi Pelayanan Tindakan Operasi Mata Tahun 2022 – 2024

Sesuai Gambar 1.32. terlihat pertumbuhan tindakan operasi mata pada tahun 2024 sebesar 104,5% meningkat dibanding tahun 2023.

e) **Minimal Invasive Surgery**

Pada tahun 2021 Sesuai dengan RSB RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tahun 2020-2024 pelayanan *Minimal Invasive Surgery* (MIS) menjadi Layanan unggulan yang dikembangkan dalam wadah *Health Tourism*, dengan jenis tindakan terdiri dari vitrektomi, endoskopi, *phacoemulsification* total, *laparascopy*, nyeri, dan operasi tulang belakang.

Realisasi pelayanan MIS dan Endoskopik yang telah diselenggarakan pada tahun 2024 sesuai Tabel 1.7. di bawah ini.

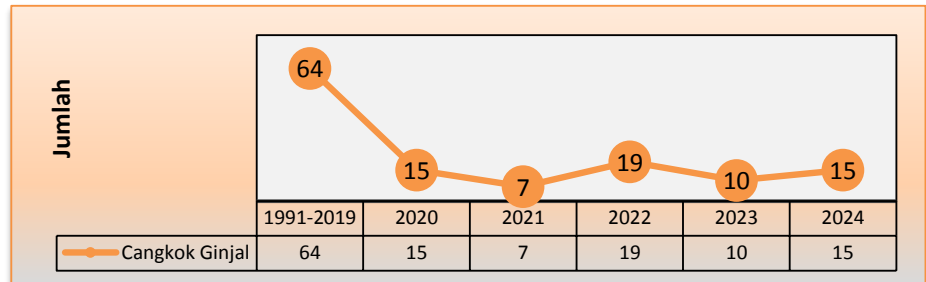
Tabel 1. 7 Realisasi Pelayanan MIS Dan *Endoskopik* Tahun 2023 – 2024

No	Tindakan MIS	Tahun 2023	Tahun 2024
1	<i>Endoskopi</i>	1601	2298
2	<i>Vitrektomi</i>	908	936
3	<i>Phacoemulsification</i>	1136	1041
4	<i>laparaskopi</i>	539	820
5	Nyeri	403	402
6	Operasi Tulang Belakang	75	64
	Total	4658	5561

Dari tabel 1.7. terlihat terjadi peningkatan pelayanan MIS pada tahun 2024 dibanding tahun 2023 sebanyak 19,38% dengan jumlah tindakan tertinggi adalah *endoskopi* sebanyak 2298 tindakan diikuti *Phacoemulsification*. Pengembangan pelayanan pada tindakan endoskopi berupa pelayanan ERCP (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography*) dan *Endoscopic Ultrasound* (EUS).

f) Transplantasi

Pada tahun 2024 RSUP Dr. Sardjito telah menyelenggarakan layanan transplantasi cangkok ginjal sebanyak 15 tindakan. Perkembangan layanan transplantasi ginjal sesuai Gambar 1.33. di bawah ini:



Gambar 1. 33. Realisasi Transplantasi Ginjal Tahun 1991 sd Tahun 2024

Dari Gambar 1.33. terlihat bahwa sejak tahun 1991 sampai dengan tahun 2024 telah menyelenggarakan layanan transplantasi ginjal sebanyak 130 kali.

2. REALISASI INDIKATOR KINERJA UTAMA RSB

Tabel 1. 8 Realisasi Indikator Kinerja Utama RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Standar	Target	Realisasi 2024
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan (kecepatan penanganan keluhan non medis)	100%	100%	100%
		2	Angka kepuasan pelanggan	86 indeks	86 indeks	86.92 indeks
		3	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien a. Fasilitas pendukung yang memenuhi standar b. Persentase waktu layanan end to end tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit	80%	80%	88,14%
2	Terwujudnya pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien	4	Persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	80%	80%	92,3%
		5	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	2.5%	2.5%	5,5%
		6	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2 laporan	2 laporan	3 Laporan
		7	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	80%	100%
		8	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	100%	85%
		9	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan	75%	75%	75%
		10	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	80%	80%	95%
3	Terwujudnya tata kelola RS pendidikan yang bermartabat	11	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%	10%	29%
		12	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	3 layanan	3 layanan	3 Layanan
		13	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan hWGS	250 sampel	250 sampel	647 sampel
4	Terwujudnya Stratifikasi Pelayanan	14	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	10%	16%

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Standar	Target	Realisasi 2024
		15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan	5 layanan 1. Layanan hemato onkologi anak bekerjasama dengan Princess Maxima Center Belanda 2. Layanan transplantasi hati anak dengan Kyoto University Hospital 3. Layanan kanker dengan St.Jude 4. Layanan KIA dengan NTUH 5. Layanan Bedah Digestif dengan FAHZU
5	Terwujudnya pengampuan dan penguatan jejaring pelayanan rumah sakit	16	Pelayanan 9 penyakit prioritas dengan stratifikasi tingkat paripurna	5 layanan	5 layanan	5 layanan: Kanker, Jantung Stroke, Uronefrologi, KIA
		17	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	1 RS	1 RS	1 RS
6	Terwujudnya SDM yang profesional dan berbudaya	18	Terlaksananya 20 jam pelatihan per karyawan per tahun	84%	84%	92,2%
		19	Persentase implementasi budaya organisasi SARDJITO – BERAKHLAK	85%	85%	88,75%
7	Tersedianya sarana prasarana RS yang memadai	20	Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	90%	100m%
		21	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%	90%	95,98%
		22	Utilitas alat kesehatan	75%	75%	141,64%
8	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, rehabilitasi medik) dan farmasi	100%	100%	100%
9	Terwujudnya kondisi keuangan RS yang sehat	24	Maturitas BLU	4.1 indeks	4.1 indeks	4.21 indeks

No.	Sasaran Strategis	No.	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Standar	Target	Realisasi 2024
		25	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	100%	75%
		26	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	95%	99,37%
		27	Persentase realisasi target pendapatan BLU	90%	90%	117,67%
		28	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	96%	118%
		29	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	90%	87,87%
		30	Persentase nilai EBITDA Margin	20%	20%	15,6%

3. REALISASI EFEKTIVITAS PELAYANAN

Indikator terkait efektivitas pelayanan seperti BOR mengalami kenaikan, *Average Length of Stay* (AvLOS) belum sesuai dengan nilai standar dikarenakan adanya regulasi pasien pulang sebelum jam 12.00 WIB serta fasilitas sistem pelayanan rawat inap yang diisi oleh DPJP dengan memberikan catatan tanggal waktu pasien boleh pulang. *Net Death Rate* (NDR) masih cukup tinggi, sedangkan “Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam Waktu 24 Jam (PRM)” sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan 80%.

Tabel 1. 9 Pertumbuhan Produktivitas
RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 – 2024

NO	URAIAN	TAHUN			% Pertumbuhan
		2022	2023	2024	
1	Kunjungan Rawat Jalan	587.967	692.722	781.953	8,0%
2	Kunjungan Rawat Darurat	23.105	27.863	30.830	1,4%
3	Kunjungan Rawat Inap	37.219	45.039	49.158	7,6%
4	Hari Perawatan	210.846	257.508	262.743	2,9%
5	Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	1.922	1.950	2144	-2,6%
6	Penelitian yang dipublikasikan	141	107	160	5,2%

*) % pertumbuhan dihitung dari tahun 2016 – 2023

(rumus pertumbuhan = $((\text{nilai akhir} / \text{nilai awal})^{1/t} - 1) \times 100\%$)

Sumber : Instalasi Catatan Medik RSUP Dr. Sardjito, Tahun 2015 – 2023

Tabel 1. 10 Efektivitas Pelayanan
RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 – 2024

NO	EFEKTIVITAS	STANDAR	TAHUN		
			2022	2023	2024
1	BOR	70-80 %	72,22%	80,10%	80,85%
2	AvLOS	6-9 hari	5,71 hari	5,75 hari	5,36 hari
3	TOI	≤ 3 hari	2,13 hari	1,39 hari	1,26 hari
4	BTO	40-60 kali	46,58 kali	51,32 kali	55,66 kali
5	NDR	25 permil	60‰	61‰	55%
6	GDR	45 per mil	85‰	82‰	71%
7	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam Waktu 24 Jam	> 80%	92,66%	84,88%	71,15%

4. Indikator Kinerja BLU Kementerian Kesehatan

Indikator Kinerja BLU Ditjen Bina Upaya Kesehatan (*Pelayanan Kesehatan*) Kemenkes RI diukur berdasarkan Kamus Indikator Kinerja BLU UPT Vertikal Kementerian Kesehatan RI yang dikirim *via email* pada tanggal 16 November 2015 dari Sub Program dan Informasi Ditjen Bina Upaya Kesehatan (BUK) Kementerian Kesehatan RI. Pada Indikator Kinerja BLU Ditjen BUK terbagi dalam area Klinis dan area Manajemen dengan total ada 32 indikator. Pada Tahun 2024 angka realisasi Indikator Kinerja BLU Ditjen Pelayanan Kesehatan Satker RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta sesuai Tabel 1.11. di bawah ini.

Tabel 1. 11. Realisasi Indikator BLU Kementerian Kesehatan Tahun 2024

Kategori		No.	Indikator	Standar	Tahun 2023				Tahun 2024			
					Target	Skor	Realisasi	Skor	Target	Skor	Realisasi	Skor
AREA KLINIS	Kepatuhan Standar Terhadap Pelayanan	1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3

Kategori		No.	Indikator	Standar	Tahun 2023				Tahun 2024			
					Target	Skor	Realisasi	Skor	Target	Skor	Realisasi	Skor
		2	Presentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3 %	1%	2	0,02%	2	1%	2	0.02%	2
		3	Penerapan keselamatan operasi	100%	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2
		4	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (fornas)	≥ 80%	95%	2	98,05%	2	95%	2	99,51%	2
		5	Adanya kejadian operasi salah sisi	0%	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2
	Pengendalian Infeksi di RS	6	Dekubitus	≤ 1,5 ‰	1,5‰	3	1,04‰	3	1,5‰	3	1,35‰	3
		7	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	≤ 4.7 ‰	1,5‰	2	0.09‰	2	1,5‰	2	0,21‰	2
		8	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	1,5%	2	0,23%	2	1,5%	2	0,28%	2
		9	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	≤ 5,8‰	3‰	2	0.88‰	2	3‰	2	0,88‰	2
		10	Phlebitis	≤ 5 %	1,5‰	2	0.57‰	2	1,5‰	2	0,64‰	2
	Capaian Indikator Medik	11	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24 ‰	50‰	2	61‰	1	50‰	2	55‰	1
		12	Kematian pasien di IGD	≤ 2.5 %	2%	2	0,40%	2	2%	2	0,31%	2
		13	Angka Kematian Ibu	Perdarahan ≤ 1 %, pre-eclampsia <30%, Sepsis ≤ 0,2 %	5%	2	2%	2	5%	2	2%	2
		14	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	< 5%	5%	1,5	15,45%	0,5	5%	1,5	17,96%	0,5
		15	Waktu lapor hasil tes kritis Radiologi	100%	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2

Kategori	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023				Tahun 2024			
				Target	Skor	Realisasi	Skor	Target	Skor	Realisasi	Skor
		16	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%		100%	2	100%	2	100%	2
AREA MANAJERIAL	Utilisasi	17	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70 – 80 %	70%	80,10%	1,5	70%	2	80,85%	2
	Kepuasan Pelanggan	18	Kepuasan Pelanggan (KP)	≥ 85%	85%	86,34%	2	85%	2	89,21%	2
		19	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	> 75%	85%	93,68%	2	85%	2	100%	2
	Ketepatan Waktu Pelayanan	20	<i>Emergency Response Time 2 (ERT)</i>	≤ 120 menit	120 menit	103.39 menit	3	120 menit	3	110.49 menit	3
		21	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	30 menit	50.6 menit	2	30 menit	2	38,04 menit	2
		22	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	31 jam	25.10 jam	2	31 jam	2	27,8 jam	2
		23	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	2 jam 45 menit	1 jam 36 menit	2	2 jam 45 menit	2	1 jam 46 menit	2
		24	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	2 jam	0.92 jam	2	120 menit	2	0,87 jam	2
		25	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	30 menit	25.04 menit	2	30 menit	2	24,40 menit	2
		26	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	> 80%	97,50%	84,88%	3	97,50%	3	71,15%	2
	SDM	27	% staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun	≥ 70%	100%	98,72%	3	100%	3	92,2%	3

Kategori		No.	Indikator	Standar	Tahun 2023				Tahun 2024			
					Target	Skor	Realisasi	Skor	Target	Skor	Realisasi	Skor
	Sarana - Prasarana	28	% Tingkat Kehandalan Sarpras	OEE ≥ 80%	97,50% (gizi = 100% ISSB = 95% Kesling dan K3 = 97,5%	2	94.06% '- ISSB = 86.84% - Kesling dan K3 = 98.10% - Gizi = 97.25%	2	97,50% (gizi = 100% ISSB = 95% Kesling dan K3 = 97,5%	2	97,50% (gizi = 93% ISSB = % Kesling dan K3 = 98,9%	2
		29	Tingkat Penilaian Proper	Biru	Biru	2	Biru	2	Biru	2	Biru	2
	IT	30	Level IT yang terintegrasi	Advanced	Advanced	2	Advanced	2	Advanced	2	Advanced	2
	Pendidikan* (*khusus RS Pendidikan)	31	Penelitian yang dipublikasikan*	2019 = 10 artikel	160 artikel	2	107 artikel	2	160 artikel	2	160 artikel	2
		32	Rasio Dokter dengan Mahasiswa Kedokteran	1 : 5	1 : 3	2	1 : 3	2	1 : 3	2	1 : 3	2
Jumlah						68,50		66,50		67,00		65,50

Dari Tabel 1.11. di atas terdapat 3 indikator BLU Kementerian Kesehatan yang belum mencapai target pada Tahun 2024

5. Indikator Kinerja Terpilih

Sesuai Surat dari Direktur Pembinaan Pengelolaan Keuangan BLU Kementerian Keuangan Direktorat Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI No. S-5/PB.5/2024 tanggal 11 Januari 2024 tentang Penyampaian Manual/Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih (DO-IKT) Aspek Keuangan Tahun Anggaran 2024 Pimpinan BLU Bidang Layanan Kesehatan pada Kementerian Kesehatan, maka RSUP Dr. Sardjito dalam menyelenggarakan fungsinya wajib mempertanggungjawabkan kinerja pelayanan berdasarkan kontrak kinerja antara Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI dengan Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito sesuai Nomor PRJ-4/PB/2024 tanggal 31 Januari 2024. Indikator Kinerja Terpilih RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2024 sejumlah 11 indikator. Realisasi Tahun 2024 sesuai Tabel 1.12. di bawah ini.

Tabel 1. 12. Realisasi Indikator Kinerja Terpilih Tahun 2024

No.	Indikator Kinerja	TW 1			TW 2		
		Standar	Target	Realisasi	Standar	Target	Realisasi
1	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	75%	80%	92,44%	75%	85%	91,60%
2	Persentase Pencapaian Target PNBP BLU	15%	15%	28,06%	40%	40%	54,82%
3	Akurasi Proyeksi Pendapatan BLU	3,50	3,50	3,63	3,50	4,00	4,90
4	Ketepatan Penyelesaian Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	93,75%	94%	98,98%	93,75%	95%	98,82%
5	Persentase SDM Pemberi Layanan yang Tersertifikasi Pelayanan Prima	20%	20%	30%	40%	40%	57,48%
6	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	119%	100%	100%	122%
7	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	N/A	76,61	86	88,74
8	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	60%	80%	81,63%	70%	80%	82,09%
9	Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari	80%	70%	82,35%	80%	75%	87,5%
10	Terapi Fibrinolitik : “door to needle” ≤ 30 menit pada pasien STEMI	80%	80%	100%	80%	80%	100%
11	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	80%	80%	97,06%	80%	80%	100%

Realisasi IKT triwulan 1,2,3 dan 4 tahun 2024 seluruhnya mencapai standar dan target yang telah ditetapkan. Capaian tersebut harus dipertahankan untuk periode selanjutnya.

6. SPM (Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit)

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tanggal 6 Februari 2008, maka RSUP Dr. Sardjito dalam menyelenggarakan fungsinya wajib mempertanggungjawabkan kinerja pelayanan berdasarkan indikator SPM yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Realisasi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sesuai Tabel 1.13. di bawah ini.

Tabel 1. 13. Realisasi Standar Pelayanan Minimal Tahun 2024

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Jam buka layanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3	Pemberi pelayanan gadar dengan sertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di rawat darurat	< 5 menit	0 menit	0 menit	0 menit	0 menit
		6	Kepuasan pelanggan	> 70 %	85%	88%	85%	87,7%
		7	Kematian pasien < 24 jam (pindah rawat inap setelah 8 jam)	2‰	2‰	4.41‰	2‰	3,08‰
		8	Pasien tidak diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%
2	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik, Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Tersedia Yan Spesialistik (PD,Bdh,Anak,Obgyn)	4 Dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar
		3	Tersedia Yan Kes Jiwa (Anak& Remaja, Napza,Gangguan Psikotik & Neurotik)	4 Dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar
		4	Jam buka layanan Jam 08.00 - 13.00 (kcl Jumat)	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
		5	Waktu tunggu di Rawat Jalan	< 60 menit	30 menit	50.6 menit	60 menit	38,04 menit
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	85%	85%	90%	83,47%
		7	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan Ranap : Dokter spesialis Perawat (D3, DIV,SI)	Dokter Spesialis & Perawat D3	100%	100%	100%	100%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
		2	Penanggung jawab Pasien Ranap, Dokter.	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Tersedia Yan Ranap (Anak, PD, Bdh & Obgyn)	Baku 4 Dasar	4 dasar, subspe sialistik, spesialis tik, penunja ng	7 jenis layanan	4 dasar, subspesiali stik, spesialistik , penunjang	7 jenis layanan
		4	Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 -14.00 (tiap hr kerja)	100%	88%	83,12%	100%	82,6%
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1.5 %	1,5 %	0,23%	1,5 %	0,28%
		6	Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 1.5 %	1,5 %	0,94%	1,5 %	1,05%
		7	Tidak ada Pasien jatuh yg berakibat Catat/Mati	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kematian Pasien Ranap > 48jam	< 0.24 %	50‰	61‰ (6%)	24‰ (2,4%)	5,5%
		9	Kejadian Pulang Paksa	< 5 %	1%	1,05%	1%	0,14%
		10	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	90%	87,41%	90%	90,27%
		11	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%
		12	Tersedia Yan Ranap di RS yg terdapat Yan Kes Jiwa (Napza, Gangg. Psikotik, Neurotik & GMO))	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
		13	Tdk ada kejadian Kematian Pasien Gg Jiwa oleh karena bunuh diri	100%	100%	100%	100%	100%
		14	Kejadian Re-admission pasien Gg. Jiwa dlm wkt <1 bulan	100%	100%	100%	100%	96%
		15	Lama hari perawatan pasien Gg. Jiwa	< 6minggu	< 6 minggu	< 6 minggu	< 6 minggu	< 6 minggu
4	Bedah (Operasi)	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	31 jam (1,29 hari)	25.10 jam (1,12 hari)	2 hari	27,8 jam (1,16 hari)
		2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0,08%	0,02%	0,08%	0,20%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
		3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
		5	Tidak ada kejadian salah tindakan pd operasi	100%	100%	100%	100%	100%
		6	Tdk ada kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi & salah penempatan ET tube.	≤ 6 %	1%	0,16%	1%	0,20%
5	Persalinan dan Perinatology	1	a. Kejadian kematian Ibu krn persalinan dg Perdrhan	≤ 1 %	1%	5%	1%	2,6%
			b. Kejadian kematian Ibu krn prslinan dg Pre Eklamsia	≤ 30 %	5%	0%	5%	0%
			c. Kejadian kematian Ibu krn persalinan dg Sepsis	≤ 0.2 %	0,2%	25%	0,2%	14,3%
		2	Pemberi pelayanan Persalinan normal (SpOG, dokter- terlatih APN, Bidan)	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
		3	Pemberi pelayanan Persalinan dg penyulit (SpOG, Tim PONEK terlatih)	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
		4	Pemberi pelayanan Persalinan dg tindakan Operasi (SpOG, SpA, SpAn)	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
		5	Kemampuan menangani BBLR (1500 - 2500gr)	100%	100%	91,7%	100%	95,20%
		6	Pertolongan Persalinan dg Tindakan Bedah SC	≤ 20 %	20%	62,32%	20%	65,35%
		7	a. Keluarga Berencana	100%	100%	100%	100%	100%
			b. Prosentase KB mantap yg mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	85%	87,49%	85%	89,23%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
6	Rawat Intensif	1	Rata-2 Pasien yg kembali ke Rawat Intensif dg kasus yang sama < 72jam	≤ 3 %	≤ 3 %	0,21%	≤ 3 %	0,57%
		2	Pemberi pelayanan unit intensif (Sp An + Sp lain) Perawat D3 sertifikat mahir ICU/setara D4	100%	100%	100%	100%	100%
7	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan RO' Thorax (dada)	< 3 jam	2 jam 45 menit	1 jam 33 menit	3 jam	1 jam 45 menit
		2	Pelaksana Ekspertisi (Sp Rad.)	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kegagalan pelayanan rongen (kerusakan Foto)	< 2 %	1%	2,24%	2%	1,95%
		4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	85%	85%	85%	77,49%
8	Laboratorium (Patologi Klinik)	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	< 140 menit	75 menit	55.50 menit	75 menit	52,45 menit
		2	Pelaksana ekspertisi (SpPK)	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Tidak ada kesalahan pemberin hasil px laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
		4	Kepuasan Pelanggan	> 80%	85%	86,37%	85%	88,91%
9	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian DO pasien thd rencana Rehab Medik	< 50%	20%	5,34%	20%	4,4%
		2	Tidak ada kesalahan tindakan Rehab Medik	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	> 80%	85%	84,19%	85%	84,24%
10	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan a. obat jadi	< 30 menit	30 menit	25.04 menit	30 menit	24,40 menit
			Waktu tunggu pelayanan b. obat racikan	< 60 menit	60 menit	69.62 menit	60 menit	60.82 menit
		2	Tidak ada kejadian salah pemberian obat	100%	100%	99,99%	100%	99,99%
		3	Kepuasan Pelanggan	> 80%	85%	80%	85%	81,44%
		4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	98,05%	100%	99,51%
11	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	> 90%	100%	97,56%	95%	99,12%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
		2	Sisa makanan yang tidak dimakan pasien < 20%	≤ 20%	20%	8,55%	20%	7,76%
		3	Tidak ada kejadian salah pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%
12	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
		2	Kejadian reaksi transfusi	< 0.01%	0,01%	0,06%	0,01%	0,06%
		3	Angka infeksi karena transfusi darah	-	tidak bisa dinilai	tidak bisa dinilai	tidak bisa dinilai	tidak bisa dinilai
13	Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	97,50%	84,88%	100%	71,15%
		2	Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	90%	80,52%	100%	75,73%
		3	Waktu penyediaan dokumen CM pelayanan rawat jalan	< 10 menit	30 menit	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR	10 menit	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR
		4	Waktu penyediaan dokumen CM pelayanan rawat Inap	< 15 menit	15 menit	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR	15 menit	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR
14	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%
15	Administrasi dan Manaje-men	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	97%	100%	99%
		4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	> 60%	84%	85,70%	84%	94,73%
		6	Cost recovery	> 40%	84,90%	91,83%	85%	97,5%
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%
16	Ambulans dan Kereta Jenazah	1	Waktu pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di RS	100%	100%	100%	100%	100%
		3	Respons time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah
17	Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah	< 2 jam	50 menit	< 1.5 jam	2 jam	< 1.5 jam
18	Keluarga Miskin	1.	Pelayanan pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%
19	Laundry	1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	98,92%	100%	99,16%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	98,35%	100%	100%
20	Pemeliharaan Sarana RS	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	96%	96%	95%	99,47%
		2	ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	95%	98%	100%	99,40%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan telah terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi	100%	100%	102,0%	100%	100%

No.	Nama Pelayanan	No.	Indikator	Standar	Tahun 2023		Tahun 2024	
					Target	Realisasi	Target	Realisasi
21	Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI)	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	> 75%	94%	94%	90%	95,10%
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	> 60%	100%	100%	100%	100%
		3	Kegiatan Pencatatan & Pelaporan Infeksi Nosokomial (HAI) di RS minimum 1 parameter	> 75%	100%	100%	100%	100%

7. Kepuasan Pelanggan

Beberapa perbaikan yang dapat atau telah dilakukan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan yaitu peningkatan pelayanan publik seperti perbaikan sistem, mekanisme, dan prosedur; serta upaya pemenuhan standar pelayanan. Kepuasan pelanggan memiliki beberapa permasalahan antara lain alur pelayanan belum efektif dan efisien, produktivitas SDM dan budaya melayani belum optimal, belum terpenuhinya sarana prasarana.

Tabel 1. 14 Kepuasan Pelanggan dan Kepedulian kepada Masyarakat RSUP Dr. Sardjito Tahun 2022 – 2024

NO	INDIKATOR	STANDAR	REALISASI		
			2022	2023	2024
1	Angka kepuasan pasien	≥85 %	87,17%	86,34%	89,21%
2	Angka kepuasan peserta didik	> 85 %	83,27%	82,94%	80,76%
3	Kecepatan respon terhadap keluhan	≥75 %	92,92%	93,68%	100%

8. KINERJA KEUANGAN

Indikator kinerja rasio keuangan yang menjadi bagian dari aspek keuangan terlihat pada tabel berikut:

Tabel 1. 15 Indikator MKKO Tahun 2024

No	Nama Indikator	Standar Nilai	Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV	Tahunan
1	<i>Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)</i>	Positif	59 M	36 M	53 M	46 M	194 M

No	Nama Indikator	Standar Nilai	Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV	Tahunan
2	<i>Net Cash Flow</i>	Positif	169 M	39 M	82 M	(30) M	263 M
3	Pendapatan Operasional	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNPB	352 M	337 M	383 M	387 M	1.458 M
4	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 45\%$	48%	50%	46%	48%	48%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 25\%$	27%	29%	28%	29%	28%
6	Rasio Beban Non Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 5\%$	1%	2%	2%	1%	2%
7	Gross Margin	$X \geq 25\%$	18%	11%	18%	14%	15%
8	Operating Margin	$X \geq 10\%$	5%	(4%)	2%	(1%)	0%
9	EBITDA Margin	$X \geq 15\%$	20%	13%	17%	14%	16%
10	Days Receivable Turnover	≤ 60 hari	32 hari	29 hari	30 hari	33 hari	33 hari
11	Days Inventory Turnover	≤ 60 hari	10 hari	9 hari	8 hari	10 hari	11 hari
12	Days Payable Turnover	≤ 60 hari	41 hari,	38 hari	42 hari	16 hari	16 hari

Dari 12 Indikator Kinerja Keuangan dan Kinerja Operasional RSUP Dr Sardjito tahun 2024, terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar adalah Rasio Belanja Pegawai terhadap Pendapatan Operasional, Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional, *Gross Margin*, *Operating Margin* serta EBITDA Margin.

BAB II

RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP DR. SARDJITO TAHUN 2025-2029

A. VISI DAN MISI

Dalam menjalankan aktivitasnya RSUP Dr. Sardjito telah menetapkan *Visi “rumah sakit bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan.”*

Misi :

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit di regional pengampunan
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas, inovatif, dan implikatif

B. TUJUAN

1. Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien
2. Mewujudkan pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain
3. Memfasilitasi program pendidikan, pelatihan, dan penelitian bagi tenaga kesehatan
4. Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama
5. Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat
6. Memberikan pelayanan berkualitas
7. Meningkatkan pendapatan non JKN
8. Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif
9. Meningkatkan efisiensi biaya

C. SASARAN

Tabel 2. 1 Sasaran dan Inisiatif Strategis RSUP Dr. Sardjito Tahun 2020 – 2024

Perspektif 1)	Tujuan Strategis 2)	Sasaran Strategis 3)	Inisiatif Strategis 4)
Stakeholder	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	Terwujudnya layanan terbaik Level Asia	Memperbaiki fasilitas pendukung
			Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end
			Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan regional untuk penyakit prioritas	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring
	Memfasilitasi program Pendidikan, pelatihan, dan penelitian bagi tenaga kesehatan	Terwujudnya pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
			Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional
			Mengembangkan program BGSi
			Menguatkan kapabilitas penyelenggaraan Pendidikan serta pelatihan kedokteran dan kesehatan
Proses Bisnis Internal	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi
			Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
			Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan <i>Total Quality Management (TQM)</i>
		Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
			Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV

Perspektif	Tujuan Strategis	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis
1)	(2)	(3)	(4)
			Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV
			Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya
	Memberikan pelayanan berkualitas	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
			Meningkatkan mutu layanan unggulan
	Meningkatkan pendapatan non JKN	Terwujudnya pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN
<i>Learning and growth</i>	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
Finansial	Meningkatkan efisiensi biaya	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV
			Memperkuat cadangan modal strategis
			Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan

D. PROGRAM KERJA STRATEGIS TAHUN 2025 (BERDASARKAN RSB TAHUN 2025 – 2029)

Kementerian Kesehatan memiliki target kinerja dan kerangka pendanaan program dan kegiatan 2025 - 2029 RS Vertikal yang berkedudukan di bawah Direktorat Pelayanan Kesehatan mengacu kepada Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Program Dukungan Manajemen.

Berdasarkan program Kementerian Kesehatan dan analisis SWOT serta TOWS maka dilakukan perumusan program strategis berdasarkan inisiatif strategis yang tercantum pada tabel 2.2 berikut:

Tabel 2. 2 Inisiatif Strategis dan Program Strategis

Kelompok Inisiatif Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
Perbaikan pengalaman pasien	Memperbaiki fasilitas pendukung	Memperbaiki fasilitas parkir
		Memperbaiki fasilitas taman

Kelompok Inisiatif Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
Perbaikan pengalaman pasien	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end	Memperbaiki fasilitas toilet
		Memperbaiki fasilitas ruang tunggu
		Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan
		Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap
		Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif
		Memperbaiki waktu pelayanan farmasi
		Memperbaiki waktu pelayanan IGD
		Memperbaiki waktu pelayanan laboratorium
		Memperbaiki waktu pelayanan radiologi
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	Melaksanakan program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience
		Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien
		Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis
Pengampu Regional	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu
Pendidikan, pelatihan, dan penelitian	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	Memiliki layanan unggulan berbasis riset
Pendidikan, pelatihan, dan penelitian	Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian
Pendidikan, pelatihan, dan penelitian	Mengembangkan program BGSi	Menghimpun populasi potensial untuk program BGSi
Pendidikan, pelatihan, dan penelitian	Menguatkan kapabilitas penyelenggaraan pendidikan serta pelatihan kedokteran dan kesehatan	Jumlah pelaksanaan program fellowship yang diselenggarakan setiap tahun
Peningkatan tata kelola RS	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
		Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi

Kelompok Inisiatif Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
Peningkatan tata kelola RS	Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi
Peningkatan tata kelola RS	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial
		Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien
		Meningkatkan produktivitas SDM dan alat
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan
Peningkatan tata kelola RS	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	Perencanaan central procurement untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Meningkatkan mutu layanan unggulan	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)
		Melakukan review PPK untuk seluruh layanan unggulan
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan clinical pathway
		Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	Meningkatkan jangkauan channel digital RS
		Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien
		Mengembangkan layanan non-JKN
		Mengimplementasi pola tarif non-JKN
Peningkatan kualitas pemberi layanan		Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik

Kelompok Inisiatif Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap
		Mengimplementasi pola remunerasi
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui pelatihan yang sertifikasi	Memfasilitasi pelatihan tersertifikasi untuk Nakes dan Named
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan
		Mengendalikan beban terhadap pendapatan
		Menerapkan standar unit cost pelayanan
		Melakukan review tarif INACBGS secara berkala
		Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan
Peningkatan tata kelola RS	Memperkuat cadangan modal strategis	Meningkatkan likuiditas keuangan
Peningkatan tata kelola RS	Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Menyusun rencana dan melakukan monitoring atas penerimaan dan belanja
		Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian
		Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan penerimaan
		Melaksanakan penganggaran atas program dan kegiatan

BAB III

KEGIATAN, INDIKATOR DAN TARGET TAHUN 2025

A. KEGIATAN

Mengacu kepada sasaran dan inisiatif strategis yang hendak dicapai selama kurun waktu 5 tahun (Tahun 2025-2029) maka telah ditentukan program kerja strategis, yang telah dijabarkan menjadi kegiatan prioritas setiap tahunnya.

Pada tahap awal (2025) yang harus dilakukan oleh RS Sardjito adalah membangun pondasi dari seluruh inisiatif yang ada yang dikenal dengan *quick wins*, yaitu inisiatif 1-6. Selain itu juga sebagai RS pendidikan dan RS dengan pengelolaan BLU ditambahkan inisiatif penguatan kapabilitas penyelenggaraan pendidikan. Apabila inisiatif-inisiatif yang masuk pondasi telah secara konsisten terwujud akan memperkuat keberhasilan inisiatif-inisiatif yang lain. Target waktu ini lebih mengarah pada target tahun keberhasilan suatu inisiatif. Kegiatan prioritas yang direncanakan pada tahun 2025 RSUP Dr. Sardjito sebagai berikut:

1. Memperbaiki fasilitas pendukung pelayanan
2. Memperbaiki waktu pelayanan secara end-to-end
3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
4. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
5. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
6. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi
7. Memperkuat kapabilitas penyelenggaraan pendidikan serta pelatihan kedokteran dan kesehatan

B. INDIKATOR SASARAN, DAN TARGET PENCAPAIAN

Di samping kegiatan strategis yang mesti dilaksanakan, rumah sakit ini diwajibkan juga untuk mewujudkan BLU yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil. Oleh karena itu, setiap tahun RS ini harus memiliki Indikator Kinerja Kegiatan, bahkan beberapa indikator seperti IKT / Perjanjian (RSB) ditetapkan setiap tahun melalui Kontrak Kinerja.

1. Indikator dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Tabel 3. 1 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP Dr. Sardjito Tahun 2025

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
A	Perspektif Stakeholders			
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2	Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	2%
B	Perspektif Proses Bisnis Internal			
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4	Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	6	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	7	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	< 1‰
		8	Persentase standar klinis yang tercapai	80%
8	Terwujudnya pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	9	Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	30%
C	Persepektif <i>Learning & Growth</i>			
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas
		11	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%
D	Perspektif Finansial			

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	15%
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14	Realisasi Anggaran	95%

2. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Tabel 3.2 Indikator Standar Pelayanan Minimal RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
1	1	Kemampuan life saving anak & Dewasa	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Jam buka layanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
	3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Ketersediaan Tim Penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
	5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit	0 menit	0 menit	0 menit	< 5 menit
	6	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	> 70 %	82,57%	88%	87,7%	> 70 %
	7	Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	2‰	5,54‰	4.41‰	3,08‰	2‰
	8	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk RS dengan pelayanan jiwa)	100%	-	-	-	100%
	9	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%
2	1	Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
	2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	4 Dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar	4 Dasar
	3	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa	4 Dasar	4 dasar	4 dasar	4 dasar	4 Dasar
	4	Buka pelayanan sesuai ketentuan	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
	5	Waktu tunggu di Rawat Jalan	< 60 menit	59,7 menit	50.6 menit	38,04 menit	< 60 menit
	6	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90 %	87.42 %	85%	83,47%	≥ 90 %
	7	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%
	7	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%
3	1	Pemberi pelayanan Rawat Inap	Dokter Spesialis & Perawat D3	100%	100%	100%	Dokter Spesialis & Perawat D3
	2	Dokter Penanggung jawab pasien rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Baku 4 Dasar	7 jenis pelayanan	7 jenis layanan	4 dasar, subspesialistik, spesialisik, penunjang	Baku 4 Dasar
	4	Jam Visite Dokter Spesialis	100%	85,81 %	88,12%	100%	100%
	5	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1.5 %	0,12%	0,23%	1,5 %	≤ 1.5 %
	6	Angka Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 1.5 %	1,02%	0,94%	1,5 %	≤ 1.5 %
	7	Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yg berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kematian Pasien Ranap > 48jam	< 0.24 %	60‰ (6%)	61‰ (6%)	24‰	< 0.24 %
	9	Kejadian Pulang Paksa	< 5 %	1,11%	1,05%	1%	< 5 %

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
	10	Kepuasan Pelanggan rawat inap	≥ 90 %	87,95 %	87,41%	90%	≥ 90 %
	11	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%
	12	Ketersediaan pelayanan rawat inap yang memberikan pelayanan jiwa	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
	13	Tdk adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa karena bunuh diri	100%	100%	100%	100%	100%
	14	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤1 bulan	100%	100%	100%	100%	100%
	15	Lama hari perawatan pasien gangguan Jiwa	<6 minggu	< 6 minggu	< 6 minggu	< 6 minggu	<6 minggu
4	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	28.99 jam (1.21 hari)	25.10 jam (1,12 hari)	2 hari	≤ 2 hari
	2	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0.02%	0,02%	0.08%	≤ 1 %
	3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
	5	Tidak ada kejadian salah tindakan pd operasi	100%	100%	100%	100%	100%
	6	Tdk ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%
	7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi	≤ 6 %	0,2%	0,16%	1%	≤ 6 %

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
		anestesi & salah penempatan Endotracheal tube.					
5	1	a. Kejadian kematian Ibu krn persalinan dengan Perdarahan	≤ 1 %	2,7%	5%	1%	≤ 1 %
		b. Kejadian kematian Ibu krn persalinan dengan Pre Eklampsia/ Eklampsia	≤ 30 %	0%	0%	5%	≤ 30 %
		c. Kejadian kematian Ibu krn persalinan dengan Sepsis	≤ 0.2 %	16,67 %	25%	0,2%	≤ 0.2 %
	2	Pemberi pelayanan Persalinan normal	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
	3	Pemberi pelayanan Persalinan dengan penyulit	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
	4	Pemberi pelayanan Persalinan dengan tindakan Operasi	Baku	Baku	Baku	Baku	Baku
	5	Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr	100%	100%	91,7%	100%	100%
	6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	61,99 %	62,32%	20%	≤ 20 %
	7	a. Keluarga Berencana	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Konseling KB mantap	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	87,27 %	87,49%	85%	≥ 80 %
6	1	Rata-rata Pasien yg kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0,33%	0,21%	≤ 3 %	≤ 3 %
	2	Pemberi pelayanan unit intensif	100%	100%	100%	100%	100%
7	1	Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax foto	< 3 jam	1 jam 25 menit	1 jam 33 menit	3 jam	< 3 jam

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
	2	Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Kejadian Kegagalan pelayanan rontgen	< 2 %	2,05%	2,24%	2%	< 2 %
	4	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	86,98 %	85%	85%	≥ 80 %
8	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	<140 menit	60,49 menit	55.50 menit	75 menit	<140 menit
	2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
	4	Kepuasan Pelanggan	> 80%	91,29 %	86,37%	85%	> 80%
9	1	Kejadian DO pasien thd rencana Rehab Medik	< 50%	17,96 %	5,34%	20%	< 50%
	2	Tidak ada kesalahan tindakan Rehab Medik	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Kepuasan Pelanggan	> 80%	86,81 %	84,19%	85%	> 80%
10	1	Waktu tunggu pelayanan a. obat jadi	< 30 menit	19.59 menit	25.04 menit	30 menit	< 30 menit
		Waktu tunggu pelayanan b. obat racikan	< 60 menit	74,82 menit	69.62 menit	60 menit	< 60 menit
	2	Tidak ada kejadian salah pemberian obat	100%	100%	99,99%	100%	100%
	3	Kepuasan Pelanggan	> 80%	87,5%	80%	85%	> 80%
	4	Penulisan resep sesuai formularium	100%	98,3%	98,05%	100%	100%
11	1	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	> 90%	100%	97,56%	95%	> 90%

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
	2	Sisa makanan yang tidak dimakan pasien < 20	≤ 20%	15,83 %	8,55%	20%	≤ 20%
	3	Tidak ada kejadian salah pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%
12	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
	2	Kejadian reaksi transfusi	< 0.01%	0,07%	0,06%	0.01%	< 0.01%
	3	Angka infeksi karena transfusi darah	-	tidak bisa dinilai	tidak bisa dinilai	-	-
13	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	92,66 %	84,88%	100%	100%
	2	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapat informasi yang jelas	100%	80,25 %	80,52%	100%	100%
	3	Waktu penyediaan dokumen CM pelayanan rawat jalan	< 10 menit	37 menit 13 detik	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR	10 menit	< 10 menit
	4	Waktu penyediaan dokumen CM pelayanan rawat Inap	< 15 menit	≤ 15 menit	sudah tidak bisa diukur karena sudah menggunakan EMR	15 menit	< 15 menit
14	1	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%
	2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%
15	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
	2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	99%	97%	100%	100%
	4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	98%	100%	100%	100%
	5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	> 60%	85,22 %	85,70%	84%	> 60%
	6	Cost recovery	> 40%	80,40 %	91,83%	85%	> 40%
	7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
	8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	< 2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	< 2 jam
	9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%
16	1	Waktu pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
	2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ kereta jenazah di RS	100%	100%	100%	100%	100%
	3	Respons time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah	sesuai ketentuan daerah
17	1	Waktu tanggap pemulasaraan jenazah	< 2 jam	60 menit	< 1.5 jam	2 jam	< 2 jam
18	1	Pelayanan pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%

NO	INDIKATOR		STANDAR	REALISASI			TARGET
				2022	2023	2024	2025
19	1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	98,57 %	98,92 %	100%	100%
	2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	97,43 %	98,35 %	100%	100%
20	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	94,55 %	96%	95%	≥ 80%
	2	ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	94,76 %	98%	100%	100%
	3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan telah terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi	100%	100%	102%	100%	100%
21	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	> 75%	96,88 %	94%	90%	> 75%
	2	Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	> 60%	100%	100%	100%	> 60%
	3	Kegiatan Pencatatan & Pelaporan Infeksi Nosokomial (HAI) di RS minimum 1 parameter	> 75%	100%	100%	100%	> 75%

3. Indikator Kinerja Terpilih

Indikator Kinerja Direktur Utama berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/45263/2024 tentang Indikator Kinerja Direktur Utama Badan Layanan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan dalam rangka pemberian insentif kinerja. Realisasi Indikator Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2025 sesuai Tabel 3.3. di bawah ini.

Tabel 3. 3 Indikator Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2025

No	Indikator	Target
1	Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan	90%
2	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	50%

No	Indikator	Target
3	<i>Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin</i>	10%
4	Akurasi Proyeksi Pendapatan dan Belanja BLU	3,5
5	Rasio beban persediaan farmasi terhadap pendapatan operasional	25%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang	40 hari
7	Porsi pendapatan non JKN terhadap pendapatan operasional	15%
8	Implementasi pola remunerasi	100%
9	Implementasi pola tarif	100%
10	Kelengkapan pengisian aplikasi BIOS	100%
11	Pertumbuhan layanan BLU	3
12	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80%
13	Persentase pengguna pendaftaran <i>online</i> pasien rawat jalan	70%
14	Integrasi RME dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT	100%
15	Terapi Fibrinolitik : “ <i>door to needle</i> “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI	80%
16	Lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi tanpa komplikasi 5 hari	80%

4. Indikator Kinerja BLU Kementerian Keuangan

Dalam rangka melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap capaian hasil kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal perlu disusun indikator kinerja keuangan dan operasional berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK. 02.02/D/768/2023 tanggal 15 Februari 2023. Indikator MKKO terdiri dari 12 indikator yang dipantau. Monitoring Kinerja Keuangan dan Kinerja Operasional (MKKO) berdasarkan Berita Acara Hasil Verifikasi atau BAHV Tahun 2024 sebagai berikut:

Tabel 3. 4 Indikator MKKO Tahun 2024

No	Nama Indikator	Standar Nilai	Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV	Tahunan
1	<i>Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)</i>	Positif	59 M	36 M	53 M	46 M	194 M
2	<i>Net Cash Flow</i>	Positif	169 M	39 M	82 M	(30) M	263 M

No	Nama Indikator	Standar Nilai	Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV	Tahunan
3	Pendapatan Operasional	Linear sesuai target pendapatan BLU/ PNPB	352 M	337 M	383 M	387 M	1.458 M
4	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 45\%$	48%	50%	46%	48%	48%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 25\%$	27%	29%	28%	29%	28%
6	Rasio Beban Non Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	$X \leq 5\%$	1%	2%	2%	1%	2%
7	Gross Margin	$X \geq 25\%$	18%	11%	18%	14%	15%
8	Operating Margin	$X \geq 10\%$	5%	(4%)	2%	(1%)	0%
9	EBITDA Margin	$X \geq 15\%$	20%	13%	17%	14%	16%
10	Days Receivable Turnover	≤ 60 hari	32 hari	29 hari	30 hari	33 hari	33 hari
11	Days Inventory Turnover	≤ 60 hari	10 hari	9 hari	8 hari	10 hari	11 hari
12	Days Payable Turnover	≤ 60 hari	41 hari,	38 hari	42 hari	16 hari	16 hari

5. Indikator Kinerja BLU Ditjen Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, yang dimaksud rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan hal tersebut di atas pelayanan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, karena di dalamnya terdapat berbagai jenis tenaga kesehatan dengan kompetensi keilmuan yang beranekaragam serta ditambah dengan pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan.

Manajemen rumah sakit harus melakukan penataan rumah sakit terutama di unit – unit pelayanan atau instalasi serta administrasi yang ada di rumah sakit. Manajemen rumah sakit harus mendorong semua pihak terkait yang ada di rumah

sakit untuk membuat standar – standar pelayanan masing – masing rumah sakit sesuai dengan peraturan yang berlaku. Indikator Kinerja (BLU) RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tercantum dalam Tabel 3.5.

Tabel 3. 5 Indikator Badan Layanan Umum (BLU) Ditjen Pelayanan Kesehatan Dirinci Berdasarkan Kategori dan Proyeksi RSUP Dr. Sardjito Tahun 2024

KATEGORI		INDIKATOR		STANDAR	SKOR	REALISASI						TARGET 2025	SKOR
						2022		2023		2024			
						HAPER	SKOR	HAPER	SKOR	HAPER	SKOR		
AREA KLINIS	Kepatuhan Standar Terhadap Pelayanan	1.	Kepatuhan terhadap clinical pathway	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP yang diimplementasikan di Rekam Medik dan dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3	Ada 5 CP sudah diimplementasikan terintegrasi dalam berkas Rekam Medik dan sudah dievaluasi	3
		2.	Presentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3 %	2	0,04%	2	0,02%	2	0.02%	2	1%	2
		3.	Penerapan keselamatan operasi	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2
		4.	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (fornas)	≥ 80%	2	98,3%	2	98,05%	2	99,51%	2	95%	2
		5.	Adanya kejadian operasi salah sisi	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2
	Pengendalian Infeksi di RS	6.	Dekubitus	≤ 1,5 ‰	3	1,20‰	3	1,04‰	3	1,35‰	3	1,5‰	3
		7.	Infeksi Saluran Kencing (ISK)	≤ 4.7 ‰	2	0,17‰	2	0.09‰	2	0,21‰	2	1,5‰	2

KATEGORI		INDIKATOR		STANDAR	SKOR	REALISASI						TARGET 2025	SKOR
						2022		2023		2024			
						HAPER	SKOR	HAPER	SKOR	HAPER	SKOR		
		8.	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2 %	2	0,12%	2	0,23%	2	0,28%	2	1,5%	2
		9.	Ventilator Associated pneumonia (VAP)	≤ 5,8‰	2	1.56‰	2	0.88‰	2	0,88‰	2	3‰	2
		10.	Phlebitis	≤ 5 ‰	2	0.66‰	2	0.57‰	2	0,64‰	2	1,5‰	2
	Capaian Indikator Medik	11.	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24 ‰	3	60‰	1	61‰	1	55‰	2	50‰	2
		12.	Kematian pasien di IGD	≤ 2.5 %	2	0,44%	2	0,40%	2	0,31%	2	2%	2
		13.	Angka Kematian Ibu	≤ 25 %	2	1,93%	2	2%	2	2%	2	5%	2
		14.	Kejadian Nyaris Cidera Peresepan Obat (Medication Error)	< 5%	2	13,97%	1	15,45%	0,5	17,96%	1,5	5%	1,5
		15.	Waktu lapor hasil tes kritis Radiologi	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2
		16.	Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2	100%	2
AREA MANAJE RIAL	Utilisasi	17.	Bed Occupancy Rate (BOR)	70 – 80 %	2	72,22%	2	80,10%	2	80,85%	2	70%	2
	Kepuasan Pelanggan	18.	Kepuasan Pelanggan (KP)	≥ 85%	2	87,17%	2	86,34%	2	89,21%	2	85%	2
		19.	Kecepatan Respon	> 75%	2	92,92%	2	93,68%	2	100%	2	85%	2

KATEGORI		INDIKATOR		STANDAR	SKOR	REALISASI						TARGET 2025	SKOR
						2022		2023		2024			
						HAPER	SKOR	HAPER	SKOR	HAPER	SKOR		
			Terhadap Komplain (KRK)										
	Ketepatan Waktu Pelayanan	20.	<i>Emergency Response Time 2 (ERT)</i>	≤ 120 menit	3	114.8 menit	3	103.39 menit	3	110.49 menit	3	120 menit	3
		21.	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	2	59.7 menit	2	50.6 menit	2	38,04 menit	2	30 menit	2
		22.	Waktu Tunggu Operasi Elektif (WTE)	≤ 48 jam	2	28.99 jam	2	25.10 jam	2	27,8 jam	2	31 jam	2
		23.	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	2	1 jam 33 menit	2	1 jam 36 menit	2	1 jam 46 menit	2	2 jam 45 menit	2
		24.	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	2	60.49 menit (1 jam)	2	55,50 menit	2	0,87 jam	2	120 menit	2
		25.	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	2	19.59 menit	2	25.04 menit	2	24,40 menit	2	30 menit	2
	26.	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	> 80%	3	92,66%	3	84,88%	3	71,15%	3	97.5%	3	
SDM	27.	% staf di area kritis yang mendapat pelatihan 20	2019 = 100%	3	81,64%	3	98,72%	3	92,2%	3	100%	3	

KATEGORI		INDIKATOR		STANDAR	SKOR	REALISASI						TARGET 2025	SKOR
						2022		2023		2024			
						HAPER	SKOR	HAPER	SKOR	HAPER	SKOR		
			jam/orang per tahun										
	Sarana - Prasarana	28.	% Tingkat Kehandalan Sarpras	2019 = 100%	2	97,68%	2	94.06% '- ISSB = 86.84% - Kesling dan K3 = 98.10% - Gizi = 97.25%	2	97,50% (gizi = 93% ISSB = % Kesling dan K3 = 98,9%	2	97,50% (gizi = 100% ISSB = 95% Kesling dan K3 = 97,5%	2
		29.	Tingkat Penilaian Proper	Biru	2	Biru	2	Biru	2	Biru	2	Biru	2
	IT	30.	Level IT yang terintegrasi	Advanced	2	Advanced	2	Advanced	2	Advanced	2	Advanced	2
	Pendidikan* (*khusus RS Pendidikan)	31.	% Penelitian yang dipublikasikan *	2019 = 10 artikel	2	141 artikel	2	107 artikel	2	160 artikel	2	160 artikel	2
		32.	Rasio Dokter dengan Mahasiswa Kedokteran	1 : 5	2	1 : 3	2	1 : 5	2	1 : 3	2	1 : 3	2
					70		67,00		66,50		67,00		68,50

6. MATURITAS BLU

Ketentuan tentang penilaian kinerja keuangan dan layanan diatur dalam Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor: PER-11/PB/ 2021 tanggal 1 Desember 2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (tingkat maturitas) Badan Layanan Umum. Tujuan penilaian tingkat maturitas BLU: a) Memperoleh informasi tentang pelaksanaan tata kelola dan kinerja RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. 2) Menilai tata kelola dan kinerja (tingkat maturitas) BLU RSUP Dr Sardjito Yogyakarta. 3) Memberikan saran perbaikan untuk peningkatan tata kelola dan kinerja (tingkat maturitas) BLU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Direktorat PPK BLU telah melakukan pemeriksaan dan penilaian tingkat maturitas BLU RSUP Dr Sardjito Yogyakarta tahun 2022 dan 2023. Hasil akhir tingkat maturitas BLU RSUP Dr Sardjito Yogyakarta tahun 2022 yang telah disetujui oleh Direktorat PPK BLU memperoleh nilai sebesar 4,05 serta tingkat maturitas BLU tahun 2023 memperoleh nilai sebesar 4,23, masuk dalam level 4 (*predictable*) yang artinya pada level ini BLU mampu mendefinisikan, mengendalikan, dan memprediksi proses untuk menjaga kualitas layanan maupun output yang diberikan kepada publik. Sedangkan target penilaian tahun 2024 yang akan diselenggarakan pada tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 3. 6 Maturitas BLU

No	ASPEK PENILAIAN	REALISASI 2022	REALISASI 2023	TARGET 2024
1	Keuangan	3.72	4.19	4.19
	Likuiditas	1.63	2.50	2.50
	Efisiensi	5.00	5.00	5.00
	Efektifitas	3.25	4.25	4.25
	Tingkat Kemandirian	5.00	5.00	5.00
2	Pelayanan	3.85	4.13	4.13
	Indeks Kepuasan Masyarakat	4.00	4.00	4.00
	Efisiensi Waktu Pelayanan	2.50	2.75	2.75
	Sistem Pengaduan Layanan	5.00	5.00	5.00
	Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan	3.88	4.75	4.75
3	Kapabilitas Internal	4.75	5.00	5.00
	Sumber Daya Manusia	4.00	5.00	5.00
	Proses Bisnis	5.00	5.00	5.00
	Teknologi	5.00	5.00	5.00
	Customer Focus	5.00	4.00	4.00

No	ASPEK PENILAIAN	REALISASI 2022	REALISASI 2023	TARGET 2024
4	Tata Kelola dan Kepemimpinan	4.60	4.20	4.20
	Perencanaan Strategis	5.00	4.00	4.00
	Etika Bisnis	4.00	3.00	3.00
	Stakeholder's Relationship	5.00	4.00	4.00
	Manajemen Resiko	5.00	5.00	5.00
	Pengawasan dan Pengendalian	4.00	5.00	5.00
5	Inovasi	2.75	3.50	3.50
	Keterlibatan Pengguna Jasa	1.00	4.00	4.00
	Proses Inovasi	4.00	4.00	4.00
	Manajemen Pengetahuan	4.00	4.00	4.00
	Manajemen Perubahan	2.00	2.00	2.00
6	Lingkungan	4.00	4.50	4.50
	Environmental Footprint Management	5.00	5.00	5.00
	Penggunaan Sumber Daya	3.00	4.00	4.00
Tingkat Maturitas BLU		4.05	4.23	4.23

BAB IV

RINCIAN KEGIATAN DAN PENGANGGARAN TAHUN 2025

A. RINCIAN KEGIATAN

Untuk memenuhi sasaran strategis, inisiatif, program, dan kegiatan serta seluruh indikator kinerja baik yang tercantum dalam RSB tahun 2025-2029 maupun indikator kinerja lainnya yang juga menjadi tugas dan kewajiban RSUP Dr. Sardjito, maka kegiatan dan penganggaran tahun 2025 adalah sebagai berikut:

1. Pemenuhan kebutuhan operasional rutin penyelenggaraan pelayanan rumah sakit
 - a. Memberikan gaji, tunjangan, remunerasi dan uang makan bagi PNS serta memberikan gaji pegawai untuk non PNS kontrak dan imbalan kinerja dokter.
 - b. Menyediakan kebutuhan listrik, air, telepon, internet, gas dapur.
 - c. Menyediakan kebutuhan obat, reagen, alat/bahan medis habis pakai.
 - d. Menyediakan kebutuhan gas medis berupa O₂ tabung, N₂O tabung, Oxygen cair, CO₂, N₂ dan N₂ cair.
 - e. Menyediakan kebutuhan bahan makanan untuk pasien maupun sebagai penambah daya tahan tubuh petugas kesehatan.
 - f. Menyediakan kebutuhan barang rumah tangga seperti alat kebersihan lingkungan, plastik, paket mandi, deterjen, *safety box*, alat dapur dan makan, obat *cleaning service*, dll.
 - g. Menyediakan kebutuhan SDM melalui metode outsourcing untuk pelayanan administrasi, satpam, parkir dan *cleaning service*.
 - h. Kegiatan operasional lainnya yaitu kebutuhan linen, barang cetakan, pakaian dinas, barang K3 berupa APAR, kebutuhan kegiatan pemasaran rumah sakit, alat tulis kantor, pengadaan suku cadang untuk IPSRS dan suku cadang untuk penggantian komponen computer, pengelolaan limbah B3.
2. Pengembangan SDM
 - a. Menyelenggarakan penelitian di bidang manajemen
 - b. Menyelenggarakan penelitian klinis / medis yang mendukung pelayanan RSUP Dr. Sardjito
 - c. Menyelenggarakan penelitian translational untuk pengembangan pelayanan unggulan di RSUP Dr. Sardjito
3. Pengembangan SDM rumah sakit sesuai kebutuhan organisasi
 - a. Menyusun prioritas pendidikan formal bagi seluruh pegawai RS

- b. Menyelenggarakan pelatihan dan pertemuan ilmiah internal
- c. Menyelenggarakan pelatihan dan pertemuan ilmiah eksternal
- d. Menyelenggarakan studi banding
- e. Menyelenggarakan penelitian
- 4. Pemeliharaan sarana prasana dan alat rumah sakit
 - a. Melakukan pemeliharaan gedung dan bangunan yang terdiri dari pemeliharaan gedung, fasilitas umum rumah sakit, fasilitas penunjang dan halaman gedung/ bangunan rumah sakit.
 - b. Melakukan pemeliharaan peralatan medik dengan proses kontrak servis dan kalibrasi.
 - c. Melakukan pemeliharaan peralatan non medik dengan proses kontrak servis untuk lift, pneumatic tube, chiller dan AC serta kalibrasi.
 - d. Melakukan pemeliharaan kendaraan roda 4
- 5. Pembangunan gedung kesehatan:
 - a. Pembangunan Gedung Ibu dan Anak (IsDB)
 - b. Perencanaan Gedung Central Medical Unit
- 6. Rehabilitasi dan renovasi gedung operasional rumah sakit
- 7. Peningkatan fasilitas peralatan medik rumah sakit untuk mendukung:
 - a. pelayanan rawat jalan, rawat darurat , rawat inap, rawat intensif dan pelayanan penunjang
 - b. Pelayanan unggulan
 - c. Pengembangan stratifikasi pelayanan
- b. Peningkatan fasilitas peralatan non medik rumah sakit
 - a) Menyediakan alat non medik untuk menunjang kegiatan operasional rumah sakit.
 - b) Menyediakan alat pengolah data dan informasi untuk pengembangan sistem SIMETRIS sesuai dengan *timeline* yang akan dilakukan pada tahun 2025.

Untuk membiayai seluruh kegiatan prioritas dan penganggarnya dibebankan pada APBN melalui DIPA Satker BLU RSUP Dr. Sardjito melalui sumber pendanaan Rupiah Murni (RM), dan PNB – BLU

Selain kegiatan yang bersumber dana Rupiah Murni dan dana Badan Layanan Umum (BLU) mulai tahun 2021 RSUP Dr. Sardjito ditunjuk menjadi salah satu lokasi *Project Strengthening of National Referral Hospital and Vertical Units*". Project tersebut didanai dengan dana Pinjaman Luar Negeri (PLN) *Islamic Development Bank*. Sebagai upaya menghadapi pandemi ini pula maka komponen Proyek dalam IsDB yang semula 4 komponen berubah menjadi 7 komponen, yaitu:

1. Infrastruktur rumah sakit (*Hospital Infrastructure*) yang terdiri dari bangunan baru dan utilitas bangunan.
2. Peralatan dan mebelair (*Equipment and Furniture*) yang terdiri dari peralatan medis, peralatan non medis dan mebelair.
3. Pengembangan SDM (*Human Resource Development*) yang terdiri dari pengembangan staf, program sertifikasi dan akreditasi, publikasi buku/ jurnal, dan inovasi.
4. Penguatan institusi rumah sakit (*Strengthen Hospital Institutions*) yang terdiri dari keterkaitan dengan proyek kesehatan primer I-Sphere, penelitian dan pengembangan di area kritis, serta penelitian dan pengembangan sistem rujukan.
5. Kesiapsiagaan darurat (*Emergency Preparedness*) yang terdiri dari manajemen institusi terkait kesiapsiagaan bencana pandemi dan kapasitas teknis institusi dalam menghadapi kesiapsiagaan darurat.
6. Manajemen proyek (*Project Management*) yang terdiri dari konsultan DED, konsultan manajemen proyek dan supervisi, konsultan peralatan, workshop *start up*, unit manajemen proyek, dan unit implementasi proyek
7. Audit keuangan (*Financial Auditing*)

B. PENGANGGARAN

Pagu anggaran RSUP Dr. Sardjito untuk tahun anggaran 2025 direncanakan sebesar Rp 1.387.962.645.000. Selain untuk operasional rumah sakit induk yang berlokasi di Sleman, sejak tahun 2022 Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (BP2TOOT) diintegrasikan tugas dan fungsi, sumber daya manusia, sarana, prasarana, serta anggaran terkait pelayanan kesehatan ke dalam RSUP Dr. Sardjito yang kemudian menjadi UPF Tawang Mangu. Selain itu berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan bernomor TK.04.02/D/46547/2024 RSUP Dr. Sardjito ditunjuk sebagai pengelola operasional RS UEA Surakarta dan dikembangkan sebagai unit usaha RSUP Dr. Sardjito. Dan berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan bernomor PR.04.01/D/0667/2025, kebutuhan anggaran operasional RS UAE Surakarta dialokasikan dari sumber dana BLU RS Sardjito TA 2025.

Total kebutuhan pembiayaan tersebut dialokasikan untuk berbagai keluaran kegiatan yang dikelompokkan berdasarkan sumber dana.

1. Sumber dana Rupiah Murni (RM)

Pada tahun 2025 RSUP Dr Sardjito mendapat alokasi belanja Rupiah Murni sebesar Rp **143.751.130.000,-** yang terdiri dari :

- a. Belanja pegawai PNS dialokasikan anggaran sebesar Rp 122.749.915.000,- untuk layanan gaji dan tunjangan PNS yang terdiri atas 10 kegiatan : belanja gaji pokok, tunjangan uang makan serta kompensasi kerja, dll. Indikator pencapaian kegiatan adalah terselenggaranya pembayaran gaji, honorarium dan tunjangan PNS.
- b. Belanja pegawai PPPK dialokasikan anggaran sebesar Rp 20.001.215.000,- untuk layanan gaji dan tunjangan PPPK yang terdiri atas 8 Kegiatan : belanja gaji pokok, tunjangan fungsional, belanja uang makan, dll. Indikator pencapaian kegiatan adalah terselenggaranya pembayaran gaji dan tunjangan PPPK.
- c. Belanja barang BGSi dialokasikan anggaran sebesar Rp. 1.000.000.000,- untuk pengadaan bahan habis pakai penelitian HUB BGSi Rp. 571.882.000,- dan Pengadaan Reagen HUB BGSi Rp. 428.118.000,-

2. Sumber dana PNBPN

- a. Belanja Barang senilai Rp. **662.264.196.000,-** terdiri dari:

Uraian	Nilai
Persediaan Obat dan AMHP/BMHP	397.418.392.000
Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	72.180.222.000
Outsourcing SDM	50.493.085.000
Langganan Daya dan Jasa	23.974.800.000
Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	21.273.065.000
Pendidikan dan Pelatihan Internal	13.774.671.000
AMHP/BMHP KSO	13.215.858.000
Bahan Bakar	9.553.168.000
Bahan Makanan Non Persediaan	9.316.659.000
Barang Persediaan	7.745.283.000
Persediaan Suku Cadang Pemeliharaan	7.688.038.000
Belanja Jasa BLU	7.321.657.000
Pelatihan dan Pertemuan Eksternal	6.223.581.000
Gas Medis	4.894.044.000
Persediaan Bahan Makanan	4.827.771.000
Penambah Daya Tahan Tubuh	2.661.577.000
Perkantoran	1.763.094.000
Belanja Barang Non Persediaan	1.711.899.000
Perjalanan Dinas	1.543.548.000
Persediaan Suku Cadang Pemeliharaan Perangkat Pengolah Data	998.004.000
Pakaian Dinas	964.820.000
Pemasaran	841.543.000
Belanja Barang Pemeliharaan Perangkat Pengolah Data	634.607.000
Pemeliharaan Perangkat Pengolah Data	483.500.000
Penambah Daya Tahan Tubuh (Residen)	416.100.000
Jasa Audit KAP	345.210.000
	662.264.196.000

- b. Belanja barang IsDB senilai Rp. 9.212.014.000,- terdiri dari:

Uraian	Nilai
Staff Development	4.568.191.000
Pendidikan Formal Program IsDB	1.454.348.000
Penerbitan Buku/Jurnal/Inovasi dalam proyek IsDB	1.093.423.000
Honor Narasumber dan Tenaga Ahli PIU	669.600.000
Research and Development in Clinical Area	530.052.000
Belanja Barang PIU	390.232.000
Perjalanan Dinas PIU	331.208.000
Research and Depelovment in Improving Referral System	110.160.000
Financial Audit IsDB	64.800.000
	9.212.014.000

- c. Belanja Modal senilai Rp. 18.453.293.000,- terdiri dari:

Uraian	Nilai
Investasi Peralatan Medis	7.100.911.000
Investasi Perangkat Pengolah Data	5.723.171.000
Investasi Peralatan Non Medis	4.536.211.000
Mobil Jenazah	1.093.000.000
Investasi Gedung dan Bangunan	0
Software Pengolah Data	0
	18.453.293.000

- d. Belanja modal IsDB senilai Rp. 0,-

Uraian	Nilai
Investasi Peralatan Non Medis Program IsDB	0
Investasi Perangkat Pengolah Data Program IsDB	0
Konsultan Perencana Pembangunan Gedung Ibu dan Anak (IsDB)	0
total	0

- e. Belanja Pegawai BLU senilai Rp. 463.380.501.000,- terdiri dari:

Uraian	Nilai
Remunerasi	457.941.994.000
Imbalan kinerja lainnya	12.712.391.000
	469.380.501.000

3. Sumber Pinjaman Luar Negeri (PLN)

Anggaran bersumber PHLN digunakan untuk membiayai Project Penguatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Terpadu yang bersumber dari dana pinjaman Islamic Development Bank (IsDB) sebagai berikut:

Uraian	Nilai
Investasi Peralatan Medis IsDB	98.399.200.000
Project Managemen and Supervision Consultan	957.330.000
Investasi Gedung IsDB	0
	99.356.530.000

Rincian Kegiatan dan Penganggaran tercantum dalam Rencana Aksi Kegiatan pada lampiran 1.

BAB V

PENUTUP

Rencana Kinerja Tahunan RSUP Dr. Sardjito tahun 2025 ini disusun dalam rangka memenuhi ketentuan pasal 4 Permenkes No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Dengan demikian, di samping RKT ini menjadi acuan dalam perencanaan program dan kegiatan, juga berfungsi sebagai tolok ukur guna mencapai target kinerja dari berbagai indikator yang telah ditetapkan untuk tahun 2025.

RKT Tahun 2025 merupakan penjabaran lebih rinci dari RSB Tahun 2025 – 2029 yang nantinya akan menjadi bagian dari RBA yang penganggarannya tercantum dalam DIPA dan RKA-K/L Tahun Anggaran 2025.

Mempertimbangkan kondisi beberapa tahun terakhir ini bersifat sangat dinamis dan mengalami perubahan yang sedemikian cepat, maka masih terbuka kesempatan untuk terus melakukan penyempurnaan dan perbaikan terhadap dokumen RKT RSUP Dr. Sardjito 2025 sesuai dengan perkembangan dan kebijakan Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Rencana Aksi Kegiatan tahun 2025

SASARAN STRATEGIS	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)	KEGIATAN		BIAYA	TIMELINE											
								PAGU	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien	Memperbaiki fasilitas parkir	% zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total	Pengelolaan Parkir	OS Pegawai Parkir	2.783.065.000,00												
					% keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi															
				Memperbaiki fasilitas taman	% ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan	OS Cleaning Non Pelayanan	OS Cleaning Non Pelayanan	2.552.858.000,00												
					% keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi		Pompa Backwash	566.378.000,00												
				Memperbaiki fasilitas toilet	% jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet	Investasi Non Medis	Retribusi Sampah	382.295.000,00												
							Waterheater	95.940.000,00												
					% keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi	Investasi Non Medis	OS Cleaning Pelauanan	17.422.972.000,00												
				Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Rasio ruang tunggu per pasien	Investasi Non Medis	Bed Elevator	893.784.000,00												
							AC (R)	1.000.000.000,00												
							Elektronik Komunikasi	270.385.000,00												
							Pemeliharaan Peralatan Nonn Medis	21.486.158.000,00												
					% keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi															
	% capaian waktu pemeriksaan laboratorium s60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RI, RI, OK dan IGD	% capaian waktu masuk rawat inap s60 menit	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap	Operasional Rutin	Investasi Instalasi Gizi	1.642.685.000,00												
							Bahan Makanan Instalasi Gizi	15.736.087.000,00												
			% capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang		Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge)		OS Pramubakti	17.270.838.000,00												
							Gas Dapur	415.800.000,00												
		% capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang s120 menit	% capaian waktu pelayanan rawat jalan		Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran	Operasional Rutin	Belanja Barang K3	36.489.000,00												
							Belanja Barang Non Medis Habis Pakai	141.907.000,00												
							Barang Rumah Tangga	413.090.000,00												
							OS Satpam	6.366.882.000,00												
		% pembatalan waktu operasi elektif	Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif		Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif	Operasional Rutin	Linen	966.724.000,00												
							Investasi CSSD	53.294.000,00												
	% capaian waktu tunggu pelayanan radiologi s60 menit			Memperbaiki waktu pelayanan lab dan	Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil		Pemeliharaan Peralatan Medis	17.637.092.000,00												
							Pengelolaan Limbah B3	2.970.000.000,00												
							KSO Laboratorium	13.215.858.000,00												
							Jasa Pemeriksaan Kesehatan (PPK) Luar	1.500.000.000,00												
							Pemeliharaan Alat Radiologi	31.897.055.000,00												
	% capaian waktu pelayanan IGD s4 jam			Memperbaiki waktu pelayanan IGD	Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD	Operasional Rutin	Investasi Ambulans	1.093.000.000,00												
							Penambah daya Tahan Tubuh Residen	416.100.000,00												

SASARAN STRATEGIS	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)	KEGIATAN	BIAYA		TIMELINE											
							PAGU		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
		Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	% pengurangan jumlah keluhan pasien	Melaksanakan program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience	% staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience dalam 6 bulan	UMY	35.100.000,00													
				Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk call centre, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi)	Humas/ Langgan Contact Center	312.619.000,00													
			Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis	Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	% keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja	Kegiatan Humas	218.000.000,00													
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	% rumah sakit jejaring yang menyelesaikan kegiatan pengampunan sesuai dengan target dari RS pengampu	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Jumlah kegiatan pengampunan yang dilakukan bersama RS jejaring untuk 1 jenis layanan	Pengampunan (Sister Hospital)	1.345.049.000,00													
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	% riset CRU yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset yang melalui CRU	Penelitian	1.997.012.000,00													
		Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Jumlah penelitian translasional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan melalui CRU	Penelitian Klinis	640.212.000,00													
		Mengembangkan program BGSi	Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	Menghimpun populasi potensial untuk program BGSi	% jumlah riset CRU yang berhubungan dengan kedokteran presisi	Asuransi, Book and Jurnal	1.093.423.000,00													
						Penelitian Klinis BGSi	1.000.000.000,00													
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi	% pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	% Downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance)	IT	5.723.171.000,00													
					Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket	Investasi PPD	2.116.111.000,00													
				Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan	Operasional dan Pemeliharaan PPD	1.463.400.000,00													
		Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi	Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover)	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi	% data input inventory ke dalam sistem inventory digital	Langganan Internet	-													
		Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	% nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)	Rutin														
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Skor BLU maturity rating aspek finansial	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial	Capaian level likuiditas aspek finansial maturity rating	Audit KAP	345.210.000,00													
					Capaian level rasio efisiensi aspek finansial maturity rating	Monev	191.830.000,00													
					Capaian level rasio efektivitas aspek finansial maturity rating	Perjadin	1.543.548.000,00													
					Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial maturity rating	Jasa Lainnya	1.593.533.000,00													
		Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan		Operasional PIU		1.391.040.000,00													
					Audit IsDB		64.800.000,00													
					Capaian level rasio IKM aspek pelayanan maturity rating	Perkantoran	1.763.094.000,00													
					Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan maturity rating	Langganan Daya dan Jasa	22.511.400.000,00													
					Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan maturity rating	Pemeliharaan dan Operasional Kendaraan Dinas	1.091.767.000,00													
					Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan maturity rating	Peningkatan mutu	1.133.612.000,00													
						PMSC Gedung IsDB	957.330.000,00													

SASARAN STRATEGIS	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)	KEGIATAN		BIAYA	TIMELINE												
								PAGU	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupancy rate (BOR)	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap	# Bed turnover (BTO)	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	Average length of stay (Avlos)	Alkes untuk Ranap		3.875.833.000,00													
					# Turnover interval (TOI)																
				Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	% rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan																
		Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	% jumlah pasien rawat jalan	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Peningkatan pasien rawat jalan	Alkes untuk Rawat Jalan		2.423.124.000,00													
		Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	utilisasi ruang OK	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Peningkatan pasien yang melakukan tindakan bedah	Alkes untuk OK		801.954.000,00													
	Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	% pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	Perencanaan central procurement untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan	Rutin																
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	Capaian indikator klinis sesuai PPK	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan clinical pathway	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis	Pelatihan Klinis	Pelatihan Klinis RSS	17.027.211.000,00													
							Pelatihan IsDB	6.022.539.000,00													
	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)		Kepatuhan clinical pathway (CP) per kelompok staf medis (KSM)	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway	Rutin															
		Meningkatkan mutu layanan unggulan	(Indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) [LAYANAN STROKE] - Pasien Stroke Hiperakut (<4,5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup [LAYANAN KANKER] - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari - Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari - Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan	Rutin															
				Melakukan review PPK untuk seluruh layanan unggulan	Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus, dan guideline organisasi profesi	Rutin															
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	% peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	Meningkatkan jangkauan channel digital RS	% rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke channel digital pilih RSV, seperti website, Instagram, dan TikTok	Pemasaran	Kegiatan Pemasaran	806.443.000,00													
				Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	% peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan																
			% target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS	Mengembangkan layanan non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN	Rehab Gedung dan Bangunan	Pemeliharaan Gedung	21.273.065.000,00													
							Investasi UPF Tawangmangu	13.745.000,00													
							Pakaian Dinas	964.820.000,00													
							Operasional Tawangmangu	704.613.000,00													
							Pemeliharaan UPF Tawangmangu	68.150.000,00													
			OS UPF Tawangmangu	4.546.470.000,00																	

SASARAN STRATEGIS	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)	KEGIATAN		BIAYA PAGU	TIMELINE											
									JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	% kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan	Remun		457.941.994.000,00												
			Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap																	
			Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap															
				Mengimplementasi pola remunerasi	% implementasi sistem remunerasi															
					% jumlah dokter dengan produktivitas di kuadran 1															
			Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui pelatihan yang sertifikasi	Memfasilitasi pelatihan tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui pelatihan tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun															
			% Nakes yang mendapatkan pelatihan 40 JPL per orang per tahun % Named yang mendapatkan pelatihan 40 JPL per orang per tahun		Rata-rata JPL yang didapatkan melalui pelatihan tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun	Pelatihan Manajemen dan Teknis		492.380.000,00												
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	EBITDA	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	Operating revenue/ Operating margin	Rutin														
			% operating margin % gross margin	Mengendalikan beban terhadap pendapatan	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional	Belanja Gaji Pegawai APBN		142.751.130.000,00												
					Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional	Perbekalan Farmasi		397.418.392.000,00												
					Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional	Persediaan Non Farmasi		24.673.585.000,00												
				Menerapkan standar unit cost pelayanan	% penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas (20 besar tindakan yang dilihat unit costnya)	Rutin														
				Melakukan review tarif INACBGS secara berkala	% penyelesaian review unit cost layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun)	Rutin														
				Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	% kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGS terbaru % klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)	Rutin														
		Memperkuat cadangan modal strategis	net cash flow	Meningkatkan likuiditas keuangan	Perputaran Piutang (Days Receivable Turnover)	Rutin														
					Perputaran Utang (Days Payable Turnover)															
		Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP)	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP)	Rutin														
				Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)															