



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA



RENCANA STRATEGIS BISNIS

TAHUN 2025 -2029

JL. PROF DR R SOEHARSO NO 28 SURAKARTA



087735888811



rsupsurakarta



RS Umum Pusat Surakarta

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN DIREKSI

RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA TAHUN 2025-2029

Disahkan di : Surakarta
Pada tanggal : 30 April 2025

Direktur Utama RSUP Surakarta,



dr. Jamilatun Rosidah, MM

Direktur Medik dan Keperawatan
RSUP Surakarta,



dr. Sutanto

Direktur Sumber Daya Manusia,
Pendidikan dan Penelitian RSUP
Surakarta,



Tri Susilawati, S.KM., M.Kes

Direktur Perencanaan, Keuangan dan
Layanan Operasional RSUP Surakarta,



drg. Leslie Jane Desiree Tulong, MPH

LEMBAR PENGESAHAN PEJABAT PENGAWAS

RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA TAHUN 2025-2029

Disahkan di : Surakarta

Pada tanggal : 30 April 2025

Pejabat Pengawas RSUP Surakarta,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan hidayah-Nya sehingga Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta Tahun 2025-2029 dapat diselesaikan dengan baik. Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta tahun 2025-2029 disusun sebagai kerangka acuan untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan jangka menengah 5 (lima) tahunan secara terstruktur, terukur, dan tepat sasaran, serta menjadi pedoman dalam merespon tantangan dan peluang untuk memperoleh keunggulan persaingan di level Asia dalam rangka mewujudkan Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 disusun dengan mengacu pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum. Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 merupakan *mandatory* untuk mewujudkan Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sesuai arahan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 memuat Visi, Misi, Pilar Strategis (Tujuan Strategis), Sasaran Strategis, Indikator Kinerja Utama/*Key Performace Indicator* (KPI), Inisiatif Strategis, dan Program Strategis sesuai dengan *mandatory* Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan di mana pencapaian kinerja RSUP SURakarta akan mendukung kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Ucapan terima kasih dan penghargaan disampaikan kepada semua pihak yang telah mencurahkan tenaga dan pikiran dalam menyelesaikan Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029. Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 diharapkan menjadi panduan dan acuan dalam pembangunan dan pengembangan RSUP Surakarta yang tertuang dalam perencanaan setiap tahun. Dukungan dari pemerintah pusat khususnya Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sangat penting untuk membangun dan mengembangkan RSUP Surakarta yang berkelanjutan.

Surakarta, 30 April 2025
Direktur Utama RSUP Surakarta,



dr. Jamilatun Rosidah, MM

RINGKASAN EKSEKUTIF

Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia membawa Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta untuk terus tumbuh dan mengembangkan diri menjadi rumah sakit unggulan. Dalam rangka mewujudkan pertumbuhan berkelanjutan dan mendukung Transformasi Kesehatan, disusunlah Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 sebagai kerangka acuan untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan 5 (lima) tahunan secara terstruktur, terukur, dan tepat sasaran.

Dalam menentukan visi dan misi, RSUP Surakarta melakukan analisis internal (kekuatan dan kelemahan) dan analisis eksternal (peluang dan ancaman) melalui analisis SWOT dan TOWS. Adapun Visi RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 adalah **“Rumah sakit dengan pelayanan unggulan Kanker dan Respirasi di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan”**. Untuk mewujudkan visi, disusunlah 5 (lima) misi, yaitu:

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. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

Untuk menunjang Visi dan Misi, ditetapkan 2 pilar utama yang menjadi Tujuan Strategis, yaitu Layanan Terbaik Level Asia dan Pengembangan Riset.

Melalui 5 (lima) misi, RSUP Surakarta hendak mewujudkan Sasaran Strategis, yaitu:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
2. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan
3. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
4. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
5. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
6. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
7. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
8. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
9. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

Untuk mewujudkan Sasaran Strategis diperlukan Indikator Kinerja Utama, yaitu:

1. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)
2. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
3. % Pendapatan yang Diperoleh Dari Semua Penelitian
4. % Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan
5. Skor BLU *Maturity Rating*
6. *Bed Occupancy Rate* (BOR)
7. *Healthcare Associated Infections* (HAIS) *Rates*
8. % Standar Klinis yang Tercapai
9. % Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS
10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
11. *Training Effectiveness Index* (TEI)

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN DEWAN DIREKSI..... i

LEMBAR PENGESAHAN PEJABAT PENGAWASii

KATA PENGANTAR iii

RINGKASAN EKSEKUTIFiv

DAFTAR ISI..... v

DAFTAR TABELvi

DAFTAR GAMBARvii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

 A. Arah Kebijakan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan..... 1

 B. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta..... 1

 C. Target Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta 2

BAB II ANALISIS DAN STRATEGI 4

 A. Evaluasi Kinerja RSUP Surakarta 4

 B. Analisis SWOT..... 7

 C. Inisiatif Strategis 10

BAB III RENCANA STRATEGIS 5 (LIMA) TAHUN 12

 A. PROGRAM KEMENTERIAN KESEHATAN 12

 B. STRATEGI BISNIS BADAN LAYANAN UMUM 12

 C. KEGIATAN DAN INDIKATOR 13

 D. RENCANA PENDAPATAN, BELANJA, DAN PEMBIAYAAN 16

BAB IV PENUTUP 18

LAMPIRAN I

 1. Capaian Indikator Kinerja RSUP Surakarta I

 2. Persandingan Misi dengan Sasaran StrategisIV

 3. Pengelompokan Pilar Strategis Terhadap Indikator Kinerja Level 1IV

 4. Cascading Sasaran Stretegis, Inisiatif Strategis dan Program Strategis V

 5. Indikator Sasaran Strategis (L1)..... XIV

 6. Target KPI Inisiatif Strategis (L2)..... XXV

 7. Target KPI Program Inisiatif Strategis (L3)..... XXVII

 8. Kebutuhan Anggaran 2025-2029..... XXXIII

 9. Road Map Pengembangan LayananXXXIV

 10. Matrik Program dan Kegiatan.....XXXVI

 11. Mitigasi Risiko.....XLIX

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Target Rencana Strategi Bisnis RSUP Surakarta tahun 2025-2029.....2

Tabel 2. Evaluasi Capaian Pelayanan RSUP Surakarta Tahun 2019-20244

Tabel 3. Realisasi Pendapatan RSUP Surakarta Tahun 2020-2024.....4

Tabel 4. Realisasi Beban Operasional Per Jenis Belanja RSUP Surakarta Tahun 2020-2024.....5

Tabel 5. Rekapitulasi Realisasi Belanja Operasional RSUP Surakarta Tahun 2020-20245

Tabel 6. Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta Menurut Status Keegawaian Tahun 2020-2024.....5

Tabel 7. Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta Menurut Fungsi dan Pendapatannya Tahun 2020-20246

Tabel 8. Sarana Prasarana RSUP Surakarta Tahun 2020-20246

Tabel 9. Analisis SWOT RSUP Surakarta8

Tabel 10. Analisis TOWS RSUP Surakarta9

Tabel 11. Indikator Kinerja Terkait Layanan RSUP Surakarta13

Tabel 12. Indikator Kinerja Terkait Keuangan RSUP Surakarta14

Tabel 13. Indikator Kinerja Terkait Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta15

Tabel 14. Indikator Kinerja Terkait Sarana dan Prasarana RSUP Surakarta16

Tabel 15. Indikator Kinerja Terkait Inovasi RSUP Surakarta16

Tabel 16. Capaian Indikator Kinerja RSUP SurakartaI

Tabel 17. Persandingan Misi dengan Sasaran StrategisIV

Tabel 18. Pengelompokan Pilar Strategis Terhadap Indikator Kinerja Level 1IV

Tabel 19. Cascading Sasaran Stretegis, Inisiatif Strategis dan ProgramV

Tabel 20. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan).....XIV

Tabel 21. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh Dari Semua Penelitian.....XVI

Tabel 22. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi Untuk Seluruh LayananXVII

Tabel 23. Skor BLU Maturity RatingXVIII

Tabel 24. Bed Occupany Rate (BOR).....XIX

Tabel 25. Healthcare Associated Infections (HAIs) RatesXX

Tabel 26. Persentase Standar Klinis Yang Tercapai (Sesuai Dengan Layanan Unggulan Yang Dipilih Rumah Sakit). XXI

Tabel 27. Indikator Layanan Stroke.....XXI

Tabel 28. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RSXXII

Tabel 29. Skor Tingkat Kepuasan PegawaiXXII

Tabel 30. Training Effectiveness Index (TEI)XXIII

Tabel 31. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto).....XXIV

Tabel 32. Target KPI Inisiatif Strategis (L2)XXV

Tabel 33. Target KPI Program Inisiatif Strategis (L3)XXVII

Tabel 34. Kebutuhan Anggaran 2025-2029XXXIII

Tabel 35. Road Map Pengembangan Layanan.....XXXIV

Tabel 36. Matrik Program dan KegiatanXXXVI

Tabel 37. Kategori RisikoXLIX

Tabel 38. Kategori Dampak RisikoXLIX

Tabel 39. Identifikasi Risiko.....LII

Tabel 40. Penilaian Tingkat Risiko atau Analisa RisikoLIV

Tabel 41. Rencana Mitigasi RisikoLVI

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Diagram Kartesius RSUP Surakarta 9

Gambar 2. Probabilitas Risiko LI

Gambar 3. Matrik Kemungkinan dan Dampak Risiko LII

Gambar 4. Kode Warna Level Risiko..... LVI

BAB I PENDAHULUAN

A. Arah Kebijakan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan

Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2025-2029 berorientasi pada upaya mewujudkan sistem kesehatan yang inklusif, berkualitas, dan berdaya saing, sejalan dengan visi Presiden serta arah pembangunan nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029.

Visi, Misi, dan Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan, yaitu: visi Indonesia Emas dalam RPJMN 2025-2029 “Negara Nusantara yang Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan”. Visi dan Misi Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 menjabarkan Visi dan Misi Presiden tahun 2025-2029 di bidang kesehatan, yaitu: “Masyarakat yang sehat dan produktif guna mewujudkan Indonesia Emas 2045”. Adapun Misi Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 adalah:

1. Masyarakat sehat;
2. Komunitas gaya hidup sehat;
3. Layanan kesehatan baik, adil, dan terjangkau;
4. Sistem kesehatan yang kuat;
5. Tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif;
6. Teknologi kesehatan yang maju.

B. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta

Sebagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan, RSUP Surakarta menetapkan visi dan misi mengacu pada visi, misi, dan rencana strategis yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. RSUP Surakarta memiliki Visi: **“Rumah sakit dengan pelayanan unggulan Kanker dan Respirasi di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan”**.

Untuk mencapai visi tersebut, RSUP Surakarta merumuskan 5 (lima) misi guna meningkatkan mutu layanan, efektivitas operasional, serta kontribusi rumah sakit dalam sistem kesehatan nasional, yaitu:

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. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

RSUP Surakarta berkomitmen untuk meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan melalui berbagai inisiatif strategis. Perbaikan pengalaman pasien dilakukan dengan peningkatan kualitas layanan dan fasilitas pendukung. Peningkatan produktivitas tenaga kesehatan berkontribusi pada penguatan sumber daya manusia kesehatan yang menjadi prioritas nasional. Standarisasi pelayanan klinis diterapkan untuk menjamin mutu layanan yang konsisten dan berbasis bukti, sejalan dengan standar internasional. Digitalisasi rumah sakit diimplementasikan untuk meningkatkan tata kelola yang transparan, efisien, dan berbasis data, mendukung transformasi sistem informasi kesehatan nasional. Lebih jauh, rumah sakit ini berperan dalam pengembangan riset dan pendidikan tenaga medis melalui program pelatihan dan penelitian inovatif, mendukung agenda Kementerian Kesehatan dalam penguatan sistem kesehatan berbasis ilmu pengetahuan dan teknologi.

Kelima misi tersebut tidak hanya memperkuat sistem pelayanan kesehatan rumah sakit, tetapi juga mendukung tugas dan fungsi Badan Layanan Umum (BLU) sebagai penyedia layanan kesehatan yang efisien, berorientasi pada kebutuhan pasien, serta berbasis inovasi dan digitalisasi. Melalui peran sebagai pusat pelayanan rujukan, pengampunan rumah sakit daerah, serta pengembangan riset dan inovasi, RSUP Surakarta menjadi bagian dari strategi besar Kementerian Kesehatan dalam memperkuat layanan kesehatan di Indonesia menuju standar internasional.

Melalui 5 misi tersebut, RSUP Surakarta hendak mewujudkan sasaran strategis yang menjadi *ultimate outcome*, sebagaimana dimandatkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
2. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan
3. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
4. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
5. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
6. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten

- 7. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
- 8. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
- 9. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

C. Target Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 disusun untuk memastikan bahwa setiap kebijakan, strategi, dan langkah operasional yang diambil oleh RSUP Surakarta selaras dengan arah kebijakan Kementerian Kesehatan serta Rencana Strategis Kementerian/Lembaga (Renstra K/L) yang lebih luas.

Tujuan utama RSUP Surakarta selama periode RSB ini adalah mewujudkan layanan unggulan yang kompetitif di tingkat Asia, memperkuat sistem rujukan nasional, serta meningkatkan mutu tata kelola rumah sakit guna mendukung pelayanan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, dan berbasis inovasi.

- 1. Meningkatkan standar layanan kesehatan menuju level Asia, dengan memastikan fasilitas, tenaga medis, dan standar prosedur operasional sesuai dengan praktik terbaik internasional guna mewujudkan layanan terbaik di Asia.
- 2. Mengembangkan pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan, guna memastikan peningkatan kapasitas tenaga medis serta inovasi dalam layanan kesehatan berbasis bukti.
- 3. Memperkuat sistem informasi dan teknologi kesehatan yang andal, melalui digitalisasi layanan rumah sakit, rekam medis elektronik, serta integrasi data kesehatan guna meningkatkan efisiensi layanan.
- 4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit yang bersih dan akuntabel, dengan menerapkan sistem manajemen berbasis kinerja serta transparansi dalam penggunaan sumber daya.
- 5. Mewujudkan proses bisnis yang efektif dan efisien, melalui optimalisasi layanan, pengelolaan keuangan berbasis outcome, serta peningkatan produktivitas tenaga kesehatan.
- 6. Memastikan mutu layanan klinis yang baik dan konsisten, dengan menerapkan standar akreditasi rumah sakit, protokol klinis berbasis bukti, serta pengawasan mutu secara berkala.
- 7. Meningkatkan efektivitas strategi pemasaran rumah sakit yang inovatif dan berfokus pada pelanggan, guna memperluas akses masyarakat terhadap layanan unggulan yang tersedia.
- 8. Membangun SDM yang andal serta budaya organisasi yang ber-AKHLAK, dengan menanamkan nilai-nilai profesionalisme, integritas, dan komitmen terhadap layanan kesehatan yang humanis.
- 9. Meningkatkan pengelolaan keuangan yang andal, guna memastikan keberlanjutan operasional rumah sakit melalui mekanisme pembiayaan yang efisien dan berbasis kinerja.

Tabel 1. Target Rencana Strategi Bisnis RSUP Surakarta tahun 2025-2029

| No. | Sasaran Strategis | Indikator | Target |
|-----|---|---|--|
| 1 | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | Tahun 1 = Baik Tahun 2 = Baik Tahun 3 = Baik Tahun 4 = Sangat Baik Tahun 5 = Sangat Baik |
| 2 | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | Rumah Sakit Pendidikan Satelit : 1% tiap tahun |
| 3 | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) terintegrasi untuk seluruh layanan | Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100% |
| 4 | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | Skor BLU <i>Maturity Rating</i> | 2025 = Level 3 2026 = Level 3 2027 = Level 3 2028 = Level 4 2029 = Level 4 |
| 5 | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | <i>Bed Occupancy Rate/BOR</i> | Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% |

| No. | Sasaran Strategis | Indikator | Target |
|-----|--|---|---|
| | | | Tahun 5: 70% |
| 6 | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> | Tahun 1 – Tahun 5 A: < 1.0 ‰ B: < 1.0 ‰ C: < 1.0 ‰ D: < 1.0 ‰ |
| | | Pasien stroke iskemik dengan Length of Staf (LOS) < 7 hari | Tahun 1: 80% Tahun 2: 80% |
| | | Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup | Tahun 3: 80% Tahun 4: 80% Tahun 5: 80% |
| 7 | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | Persentase pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit | 2025 = TBD 2026 = TBD 2027 = TBD 2028 = TBD 2029 = 50% |
| 8 | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | Skor Tingkat Kepuasan Pegawai | 2025 = Puas 2026 = Puas 2027 = Puas 2028 = Sangat Puas 2029 = Sangat Puas |
| | | <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> | 2025 = 70% 2026 = 73,75% 2027 = 77,5% 2028 = 81,25% 2029 = 85% |
| 9 | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | 2025 = 1% 2026 = 1% 2027 = 2% 2028 = 2% 2029 = 3% |

Sumber Data: Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor PR.01.05/D.I/683/2025

BAB II
ANALISIS DAN STRATEGI

A. Evaluasi Kinerja RSUP Surakarta

1. Aspek Layanan

RSUP Surakarta mengalami transformasi signifikan sejak perubahan status dari Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta menjadi Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta berdasarkan Permenkes No.61 Tahun 2019. Pada tahun 2020, pandemi Covid-19 menyebabkan penurunan jumlah pasien rawat jalan hingga 26% dan rawat inap 47%. Pada tahun 2021, sebagai rumah sakit rujukan Covid-19, jumlah pasien mulai meningkat, rawat jalan naik 14% dan rawat inap meningkat 71%. Tahun 2022 menjadi momentum pemulihan dengan peningkatan signifikan pada rawat jalan sebesar 58% dan rawat inap 74%, didukung oleh pengembangan layanan, perluasan kerja sama, pembukaan layanan MCU, serta strategi pemasaran yang lebih agresif. Akreditasi Paripurna berhasil diraih sebagai bukti penguatan mutu internal. Pada tahun 2023, jumlah kunjungan terus meningkat, rawat jalan naik 37% dan rawat inap 5%, berkat pembukaan layanan baru seperti poliklinik eksekutif, layanan VIP, *one day surgery*, EEG, operasi katarak, dan digitalisasi layanan. Optimalisasi sarana prasarana juga dilakukan melalui layanan catering sehat dan kerja sama laundry, sedangkan pemenuhan SDM didukung oleh kerja sama dengan Dokter Mitra Spesialis dan peningkatan kompetensi tenaga medis. Pada tahun 2024, tren pertumbuhan tetap berlanjut dengan peningkatan tindakan bedah, jumlah pasien rawat inap, serta ekspansi layanan seperti rehabilitasi medik, poliklinik sore, dan pengembangan MCU untuk calon tenaga kerja luar negeri, serta kerja sama dengan perusahaan asuransi swasta/non-JKN guna memperluas jangkauan layanan kesehatan. Gambaran kunjungan pasien disajikan pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Evaluasi Capaian Pelayanan RSUP Surakarta Tahun 2019-2024

| No. | Capaian Kinerja Pelayanan | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|-----|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | Kunjungan Rawat Jalan | 30.406 | 22.481 | 25.596 | 40.330 | 55.329 | 76.586 |
| 2 | Kunjungan Rawat Darurat | 2.428 | 1.277 | 2.178 | 3.789 | 3.981 | 8.353 |
| 3 | Kunjungan Rawat Inap | 1.119 | 744 | 1.995 | 2.853 | 3.928 | 6.157 |
| 4 | Pemeriksaan Radiologi | 6.538 | 5.376 | 7.744 | 10.216 | 10.412 | 11.832 |
| 5 | Pemeriksaan Laboratorium | 27.477 | 26.643 | 37.134 | 70.789 | 51.682 | 72.816 |
| 6 | Konseling | 3.821 | 2.203 | 2.655 | 3.038 | 2.893 | 3.467 |
| 7 | BOR | 34,35 | 30,19 | 23,49 | 32,97 | 31,35 | 69,90 |
| 8 | Jumlah TT | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 | 104 |
| 9 | Jumlah Poli | | 9 | 9 | 9 | 13 | 22 |

Sumber Data: Laporan Kunjungan Timker PPE dan PSL Tahun 2019-2024

2. Aspek Keuangan

Evaluasi aspek keuangan RSUP Surakarta bertujuan untuk menilai efektivitas pengelolaan sumber daya keuangan dalam mendukung keberlanjutan operasional serta pencapaian sasaran strategis sebagai Badan Layanan Umum (BLU) Kementerian Kesehatan. Sebagai rumah sakit vertikal yang mengalami transformasi signifikan sejak tahun 2019, RSUP Surakarta terus berupaya mengoptimalkan pendapatan, efisiensi belanja, serta pengelolaan aset guna meningkatkan kualitas layanan dan daya saing rumah sakit. Realisasi Pendapatan dan Realisasi Anggaran disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 3. Realisasi Pendapatan RSUP Surakarta Tahun 2020-2024

| Kode Akun | Uraian | Tahun | | | | |
|---------------|-----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 424111 | Rawat Jalan | 5.120.270.389 | 5.059.887.761 | 7.356.992.726 | 13.771.494.050 | 17.049.468.320 |
| 424111 | Rawat Inap | 2.571.121.372 | 2.484.368.912 | 8.771.650.822 | 18.946.909.086 | 30.168.220.933 |
| 424111 | Farmasi | 3.523.015.674 | 3.676.222.711 | 4.369.987.596 | 4.619.090.849 | 4.546.799.518 |
| 424111 | Diklat Litbang | 48.000.000 | 74.802.500 | 298.055.000 | 343.705.000 | 643.278.084 |
| 424111 | Laundry-gizi | | | | | 114.568.550 |
| 424421 | Covid-19 | 5.545.514.100 | 52.484.029.800 | 18.085.890.810 | 6.086.197.000 | 0 |
| 424312/424921 | Kerja sama/Sewa | 234.844.565 | 638.329.784 | 727.744.371 | 1.392.303.920 | 2.222.694.022 |

| Kode Akun | Uraian | Tahun | | | | |
|-----------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| 424911 | Bunga Bank | 155.055.344 | 427.522.315 | 1.021.618.686 | 2.114.927.610 | 3.977.505.259 |
| 424913 | Denda Pekerjaan | | | | | 11.027.027 |
| Total | | 17.197.821.444 | 64.845.163.783 | 40.631.940.011 | 47.274.627.515 | 58.733.561.513 |
| Target | | 14.000.000.000 | 26.000.000.000 | 27.000.000.000 | 30.000.000.000 | 40.000.000.000 |
| % realisasi terhadap target | | 123% | 249% | 150% | 158% | 147% |

Sumber Data: Laporan Realisasi Pendapatan Timker PPA Tahun 2020-2024

Tabel 4. Realisasi Beban Operasional Per Jenis Belanja RSUP Surakarta Tahun 2020-2024

| Uraian | Tahun | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Beban Pegawai | 17.551.620.631 | 22.762.843.722 | 25.813.718.090 | 32.426.130.331 | 40.435.669.263 |
| Beban Persediaan | 7.659.811.790 | 20.362.532.386 | 15.570.458.997 | 14.108.830.299 | 16.961.833.156 |
| Beban Barang dan Jasa | 5.431.999.625 | 7.453.402.679 | 8.966.225.407 | 12.147.768.597 | 12.690.922.418 |
| Beban Pemeliharaan | 2.391.157.915 | 2.908.594.929 | 4.288.591.729 | 5.337.944.297 | 3.551.265.334 |
| Beban Perjalanan Dinas | 354.447.184 | 423.571.572 | 567.024.122 | 942.792.294 | 856.775.793 |
| Total | 33.389.037.145 | 53.910.945.288 | 55.206.018.345 | 64.963.465.818 | 74.496.465.964 |

Sumber Data: Laporan Realisasi Beban Operasional Timker PPA Tahun 2020-2024

Tabel 5. Rekapitulasi Realisasi Belanja Operasional RSUP Surakarta Tahun 2020-2024

| Uraian | Tahun | | | | |
|-----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Belanja Pegawai | 9.180.709.003 | 9.968.276.154 | 11.028.150.901 | 12.253.936.941 | 16.060.005.787 |
| Belanja Barang | 25.930.335.534 | 36.272.728.441 | 39.533.078.694 | 53.482.283.669 | 56.438.315.069 |
| Belanja Modal | 15.069.126.799 | 3.861.256.016 | 43.116.272.207 | 3.751.000.526 | 9.665.448.950 |
| Total | 50.180.171.336 | 50.102.260.611 | 93.677.501.802 | 69.487.221.136 | 82.163.769.806 |
| Pagu | 55.956.965.000 | 58.791.274.000 | 102.780.007.000 | 72.650.691.000 | 84.338.403.000 |
| % Realisasi | 89,68% | 85,22% | 91,14% | 95,65% | 97,00% |

Sumber Data: Laporan Realisasi Beban Operasional Timker PPA Tahun 2020-2024

Analisis belanja keuangan RSUP Surakarta menunjukkan tren peningkatan realisasi anggaran yang mencerminkan efektivitas pengelolaan keuangan rumah sakit dalam mendukung operasional dan pengembangan layanan. Selama lima tahun terakhir, belanja pegawai tetap menjadi komponen utama, menunjukkan komitmen terhadap pengelolaan SDM yang berkualitas, sedangkan belanja barang dan jasa meningkat guna mendukung kebutuhan operasional, termasuk pengadaan alat kesehatan dan layanan pendukung. Fluktuasi belanja modal terlihat signifikan, terutama pada tahun 2022, yang mengindikasikan adanya investasi besar dalam infrastruktur dan teknologi kesehatan, meskipun di tahun-tahun berikutnya terjadi penyesuaian untuk optimalisasi aset yang telah tersedia. Rasio realisasi anggaran mencapai 95,65% pada tahun 2023. Pada tahun 2024 realisasi belanja meningkat menjadi 97%. Tantangan RSUP Surakarta adalah memastikan keseimbangan antara belanja pegawai dan operasional, meningkatkan efisiensi belanja barang dan jasa, serta mendorong investasi strategis dalam belanja modal guna mendukung pencapaian visi rumah sakit sebagai pusat layanan unggulan di tingkat Asia.

3. Aspek Sumber Daya Manusia

Tabel 6. Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta Menurut Status Kepegawaian Tahun 2020-2024

| Uraian | Tahun | | | | |
|--------|-------|------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| PNS | 154 | 160 | 199 | 200 | 196 |
| PPPK | - | - | 2 | 17 | 29 |

| Uraian | Tahun | | | | |
|---------|-------|------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Non PNS | 33 | 70 | 58 | 76 | 64 |
| Jumlah | 187 | 230 | 259 | 293 | 289 |

Sumber Data: Laporan Timker OSDM Pendidikan dan Penelitian Tahun 2020-2024

Tabel 7. Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta Menurut Fungsi dan Pendapatannya Tahun 2020-2024

| Uraian | Tahun | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Dokter | 21 | 26 | 33 | 41 | 46 |
| Perawat | 64 | 94 | 107 | 132 | 130 |
| Penunjang (Farmasi, Lab, Radiologi, dll) | 51 | 64 | 73 | 78 | 73 |
| Umum/Administrasi | 51 | 46 | 46 | 42 | 40 |
| Total SDM | 187 | 230 | 259 | 293 | 289 |
| Pendapatan per Total Karyawan | 141.719.724 | 277.835.641 | 178.664.154 | 168.353.611 | 203.230.317 |

Sumber Data: Laporan Timker OSDM Pendidikan dan Penelitian Tahun 2020-2024

Dalam lima tahun terakhir, jumlah SDM RSUP Surakarta meningkat dari 187 orang pada tahun 2020 menjadi 289 orang pada tahun 2024, terutama akibat penambahan dokter, perawat, dan tenaga PPPK untuk mendukung ekspansi layanan. Jumlah dokter bertambah dari 21 menjadi 46 orang, sedangkan perawat meningkat dari 64 menjadi 130 orang, hal ini mencerminkan upaya penguatan kapasitas layanan kesehatan. Namun, tenaga administrasi mengalami penurunan, kemungkinan akibat digitalisasi dan optimalisasi proses bisnis. Meskipun jumlah SDM bertambah, pendapatan per karyawan mengalami fluktuasi dengan puncak di tahun 2021 sebesar Rp277,8 juta karena pendapatan yang besar dari pasien Covid-19. Pendapatan menurun setelah berakhirnya pandemi Covid-19, tetapi di tahun 2024 kembali meningkat menjadi Rp203,3 juta. Untuk ke depan, RSUP Surakarta perlu meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan, mengoptimalkan SDM administratif, dan menyesuaikan beban kerja guna mencapai efektivitas layanan dan mendukung visi rumah sakit sebagai pusat layanan unggulan di Asia.

4. Aspek Sarana Prasarana

Analisis sarana dan prasarana RSUP Surakarta bertujuan untuk menilai perkembangan, efisiensi pemanfaatan, serta kebutuhan investasi dalam fasilitas dan peralatan medis guna mendukung peningkatan kualitas layanan kesehatan dan pencapaian visi rumah sakit.

Tabel 8. Sarana Prasarana RSUP Surakarta Tahun 2020-2024

| raian | Tahun | | | | |
|---|-------|------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| X-Ray Unit B | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| X-Ray Mobile | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| CT Scan (128) | | | 1 | 1 | 1 |
| Mammografi | | | 1 | 1 | 1 |
| C Arm | | | 1 | 1 | 1 |
| Ultrasonograph (USG) | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Gene Expert | | | 1 | 1 | 1 |
| Kimia Analyzer | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Ventilator | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Anesthesi with ventilator | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Endoscopy unit (B/C/G) | | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pacho emulsion | | | 1 | 1 | 1 |
| Luminera | | | 1 | 1 | 1 |
| Sterilisator suhu tinggi (Autoclave) | | | 1 | 1 | 1 |
| Sterilisator suhu rendah (Plasma) | | | 1 | 1 | 1 |
| Continous positive airway pressure (CPAP) | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Echocardiograph (ECHO) | | | 1 | 1 | 1 |
| Electroencephalograf (EEG) | | | | 1 | 1 |

| raian | Tahun | | | | |
|--------------------|-------|------|------|------|------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| ENT Unit | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lithothripsi | | | 1 | 1 | 1 |
| Osteopower | | | 1 | 1 | 1 |
| Mesin Cuci Laundry | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Sumber Data: Laporan BMN Timker Keuangan, Akuntansi, dan BMN Tahun 2020-2024

Dalam beberapa tahun terakhir, RSUP Surakarta telah meningkatkan sarana dan prasarana medis guna memperkuat layanan diagnostik dan perawatan pasien. Penambahan CT Scan 128 slice, mammografi, C-Arm, Gene Expert, dan alat sterilisasi sejak 2021 mencerminkan komitmen dalam meningkatkan kapasitas layanan unggulan. Selain itu, peralatan khusus seperti EEG dan ECHO mulai digunakan sejak 2023 untuk mendukung layanan kardiovaskular dan neurologi. Penguatan layanan radiologi dan pernapasan juga terlihat dari peningkatan jumlah X-Ray Mobile dan CPAP, sedangkan peralatan kritis seperti ventilator tetap stabil di angka 6 unit. Dari sisi operasional, penambahan mesin cuci laundry meningkatkan efisiensi pengelolaan rumah sakit. Meskipun telah terjadi ekspansi, optimalisasi pemanfaatan aset dan perencanaan investasi yang lebih tepat masih diperlukan guna memastikan efisiensi dan keberlanjutan layanan dalam mendukung RSUP Surakarta sebagai pusat layanan unggulan di Asia.

5. Capaian Indikator Kinerja RSUP Surakarta

Analisis indikator kinerja RSUP Surakarta bertujuan untuk mengevaluasi pencapaian target layanan, efektivitas operasional, serta efisiensi sumber daya dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan dan pencapaian visi sebagai rumah sakit unggulan di Asia.

Evaluasi capaian kinerja RSUP Surakarta menunjukkan perkembangan positif dalam berbagai indikator utama, meskipun masih terdapat beberapa aspek yang perlu ditingkatkan. Dari sisi keuangan, realisasi pendapatan BLU mencapai 146,83% dari target pada 2024, tetapi nilai EBITDA masih negatif. Hal ini menandakan bahwa pendapatan yang diperoleh belum sepenuhnya mendukung kesehatan finansial rumah sakit sehingga sangat penting memperkuat efisiensi operasional, optimalisasi biaya, dan peningkatan target pendapatan.

Pada aspek pelayanan klinis, pada tahun 2024 tingkat keberhasilan pengobatan TB mencapai 87,89% dari target 85%. Waktu tanggap kegawatdaruratan respirasi di IGD tetap dalam standar optimal dengan rata-rata waktu di bawah 2 menit, hal ini menunjukkan efisiensi layanan darurat. Namun demikian, persentase pelaksanaan SISRUITE di RS UPT Vertikal belum memenuhi target dengan capaian 96% dari target yang ditetapkan 100%. Persentase kepuasan pelanggan relatif stabil di atas 85%, meskipun mengalami sedikit penurunan pada tahun 2023.

Dalam hal pengembangan institusi dan SDM, jumlah institusi pendidikan yang bekerja sama, jumlah penelitian terpublikasi, jumlah pelatihan terakreditasi, dan jumlah pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam sudah mencapai target.

Dari sisi tata kelola dan digitalisasi, integrasi sistem IT mengalami peningkatan dari 50% pada tahun 2020 menjadi 94,44% pada tahun 2023. Pada tahun 2024 semua indikator ini memenuhi target yang ditetapkan.

Secara keseluruhan, RSUP Surakarta telah menunjukkan capaian kinerja yang positif dalam peningkatan mutu layanan, digitalisasi, dan tata kelola keuangan, meskipun masih perlu peningkatan dalam aspek efisiensi keuangan, optimalisasi waktu tunggu layanan, dan penguatan program penelitian khususnya untuk penelitian klinis.

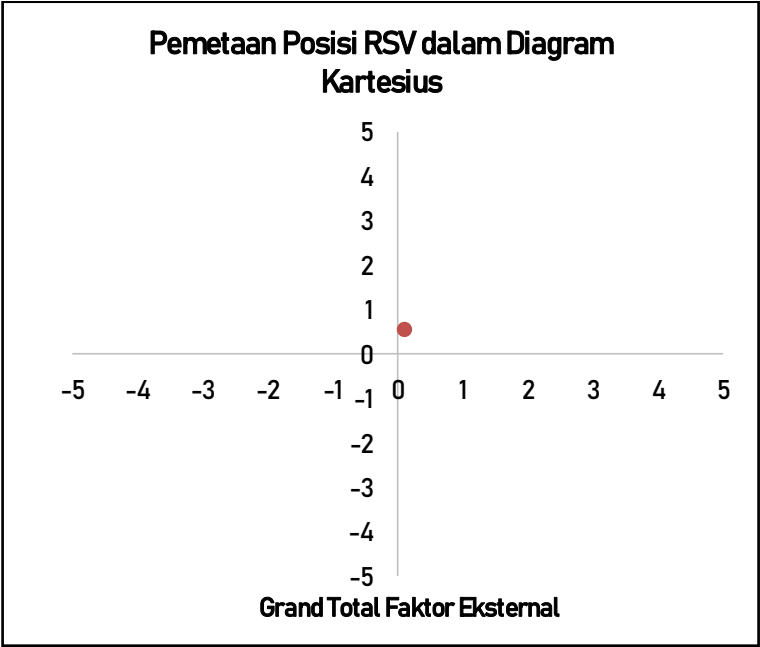
B. Analisis SWOT

Evaluasi kondisi internal dan eksternal RSUP Surakarta dilakukan menggunakan pendekatan SWOT dengan analisis lebih lanjut mengenai hambatan, tantangan, serta peluang strategis yang dihadapi rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU). Data perhitungan skor, bobot dan nilai analisis terlampir dalam dokumen pendukung. Berikut adalah variabel utama yang mempengaruhi kinerja dan pengembangan RSUP Surakarta.

Tabel 9. Analisis SWOT RSUP Surakarta

| No. | Uraian | Nilai | Bobot | Skor |
|-----------------------|--|-------|-------|------|
| KEKUATAN | | | | |
| 1 | Memiliki reputasi yang baik dengan memiliki berbagai akreditasi dan izin khusus (seperti ijin untuk pemeriksaan kesehatan calon pekerja migrant Indonesia CPMI), serta dalam hal pendidikan dan pelatihan. | 4,12 | 13% | 0,53 |
| 2 | Proporsi SDM antara tenaga Nakes dan Non Nakes masih ideal dibandingkan dengan jumlah pasien. | 3,41 | 11% | 0,37 |
| 3 | Lokasi rumah sakit yang strategis dan mudah dijangkau. | 3,82 | 10% | 0,38 |
| 4 | Memiliki sistem IT internal untuk pelayanan pasien. | 4,23 | 13% | 0,55 |
| 5 | Mempunyai rekam jejak pelayanan respirasi yang unggul dengan berbagai sarana dan prasarana pendukung. | 4,12 | 11% | 0,45 |
| 6 | Menerapkan tata kelola organisasi yang baik dan bersih melalui pembangunan zona integritas. | 3,59 | 10% | 0,36 |
| 7 | Proses end-to-end pelayanan pasien berjalan dengan efisien, dengan rata-rata waktu ~120 menit per pasien. | 4,29 | 10% | 0,43 |
| 8 | Rumah Sakit yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU | 4,29 | 9% | 0,39 |
| 9 | Terjalinnya kerjasama pelayanan dengan dokter mitra, institusi kesehatan, institusi pendidikan dan institusi asuransi dan pembiayaan lainnya | 4,41 | 13% | 0,57 |
| Skor Kekuatan | | | 100% | 4,04 |
| KELEMAHAN | | | | |
| 1 | Perlu peningkatan branding dan marketing RS Umum. | 4,71 | 12% | 0,56 |
| 2 | Budaya kerja perlu disesuaikan dengan budaya kerja Kemenkes. | 4,00 | 9% | 0,36 |
| 3 | Terbatasnya dana untuk revitalisasi gedung dan pengembangan sesuai masterplan serta investasi alat kesehatan terkini. | 4,65 | 11% | 0,51 |
| 4 | Keterbatasan jenis layanan spesialis dan belum memiliki layanan subspesialis | 3,94 | 10% | 0,39 |
| 5 | Kurangnya kompetensi SDM dan sarana pendukung untuk penelitian klinis. | 3,47 | 10% | 0,35 |
| 6 | Perlu peningkatan kompetensi tenaga kesehatan. | 4,29 | 10% | 0,43 |
| 7 | Integrasi belum lengkap pada sistem informasi rumah sakit, termasuk sistem billing, sistem remunerasi, marketing, penghitungan unit cost real-time, dan layanan lainnya. | 3,70 | 9% | 0,33 |
| 8 | Belum memiliki sistem inventory yang memadai | 3,47 | 9% | 0,31 |
| 9 | Terdapat selisih negatif klaim INA -CBGS dan tarif rumah sakit | 3,71 | 10% | 0,37 |
| 10 | PPK dan CP belum seluruhnya sesuai standar | 3,06 | 10% | 0,31 |
| Skor Kelemahan | | | 100% | 3,93 |
| PELUANG | | | | |
| 1 | Kesadaran masyarakat meningkat untuk berobat ke rumah sakit dengan adanya dukungan finansial dari BPJS, asuransi swasta, dan sumber pendanaan lainnya. | 4,47 | 18% | 0,80 |
| 2 | Efisiensi dan penurunan biaya terjadi melalui konsolidasi pengadaan barang dan jasa Joglosemar. | 3,82 | 16% | 0,61 |
| 3 | Akses transportasi yang meningkat mendorong kunjungan pasien dari luar kota. | 3,82 | 16% | 0,61 |
| 4 | Ada peluang peningkatan jumlah pasien karena Prevalensi penyakit semakin meningkat. | 3,17 | 16% | 0,51 |
| 5 | Permintaan MCU bagi karyawan perusahaan. | 3,94 | 16% | 0,71 |
| 6 | Kuatnya jaringan kemenkes dengan penyandang dana memungkinkan untuk mendapatkan anggaran tambahan di luar sumber APBN | 3,11 | 16% | 0,50 |
| Skor Peluang | | | 100% | 3,74 |
| ANCAMAN | | | | |
| 1 | Serangan cyber terhadap sistem digital RS. | 3,56 | 10% | 0,36 |
| 2 | Strategi Pemda dan RS Swasta untuk mengarahkan pasien JKN ke Faskes masing-masing. | 3,71 | 13% | 0,48 |
| 3 | Layanan medis online mengurangi kunjungan pasien ke RS. | 2,94 | 11% | 0,32 |
| 4 | Penolakan warga terhadap pembangunan gedung baru menghambat pengembangan RS. | 2,65 | 14% | 0,37 |
| 5 | Kompetisi dari RS sekitar dengan fasilitas lebih baik. | 3,94 | 12% | 0,47 |
| 6 | Kesadaran hukum dan tuntutan pasien terhadap kualitas pelayanan meningkat. | 3,59 | 10% | 0,36 |
| 7 | Insentif dokter di RS Swasta yang lebih tinggi mengurangi minat dokter untuk | 3,76 | 10% | 0,38 |

| No. | Uraian | Nilai | Bobot | Skor |
|--------------|--|-------|-------|------|
| | berpraktik di RS Vertikal. | | | |
| 8 | Gangguan pengembangan rumah sakit akibat kebijakan pengurangan subsidi anggaran dari kementerian | 2,47 | 10% | 0,25 |
| 9 | Terus berkembangnya pola penyakit baru | 2,06 | 10% | 0,21 |
| Skor Ancaman | | | 100% | 3,20 |



Kekuatan (Strenght) = 4,04
Kelemahan (Weakness) = 3,93
Peluang (Opportunity) = 3,74
Ancaman (Threat) = 3,20
Sumbu x = 4,04 – 3,93 = 0,11
Sumbu y = 3,74 – 3,20 = 0,54

Gambar 1. Diagram Kartesius RSUP Surakarta

Tabel 10. Analisis TOWS RSUP Surakarta

| | Kekuatan (Strength) (S) | Kelemahan (Weakness) (W) |
|----------------------------------|--|--|
| Peluang (Opportunity) (O) | <div>1. Menangkap pasar untuk MCU melalui kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan dan instansi pemerintahan (S1 - O5)</div> <div>2. Melakukan perkembangan keberlanjutan dalam pemberian layanan kepada pasien dalam hal teknologi dan clinical pathway (S8 - O1)</div> <div>3. Meningkatkan sarana dan prasarana internal untuk peningkatan jumlah pasien (S5 – O4)</div> <div>4. Meningkatkan kunjungan pasien dengan mempertahankan mutu pelayanan Rumah Sakit (S1-O1)</div> <div>5. Mengeksplorasi strategi untuk mendatangkan pasien melalui perluasan kerjasama dengan instansi-instansi eksisting dan baru (S9 - O1)</div> | <div>1. Meningkatkan branding dan pemasaran dengan menargetkan market untuk pelayanan spesialisik, melalui berbagai media (W1 - O4)</div> <div>2. Pemenuhan SDM Spesialistik dengan bekerjasama dengan instansi pendidikan kedokteran (PPDS) dan rekrutmen dokter spesialis tamu (W6 - O4)</div> <div>3. Menyelenggarakan Pelatihan Nakes terakreditasi melalui kerjasama dengan organisasi profesi (W6 - O4)</div> <div>4. Mencari sumber pendanaan tambahan untuk pengembangan Rumah Sakit dengan memanfaatkan jaringan baik dari dalam maupun dari luar Kemenkes (W3 - O6)</div> <div>5. Melakukan internalisasi budaya kerja Kemenkes secara bertahap melalui pelatihan, role model, dan sistem reward untuk membentuk budaya kerja pelayanan yang profesional dan berorientasi pada kepuasan masyarakat (W2 - O1)</div> <div>6. Peningkatan sistem kendali mutu dan biaya untuk meningkatkan efisiensi dan reduksi biaya (W7 - O1)</div> <div>7. Melakukan reviu PPK dan CP secara berkala (W10 - O4)</div> |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| Ancaman (Threat) (T) | <ol style="list-style-type: none">Memperkuat keamanan sistem IT internal melalui pengembangan infrastruktur keamanan cyber dan pelatihan rutin kepada SDM IT, guna mengantisipasi dan menanggulangi potensi serangan cyber terhadap data dan layanan digital rumah sakit (S4 - T1)Memanfaatkan reputasi, akreditasi, dan peran strategis dalam pendidikan untuk menawarkan nilai tambah non-finansial kepada dokter, seperti peluang pengembangan karir, pelatihan lanjutan dan keterlibatan dalam program pendidikan serta layanan khusus yang tidak dimiliki RS swasta (S1 - T7)Mengoptimalkan fleksibilitas keuangan BLU untuk meningkatkan kapabilitas dan daya saing rumah sakit, melalui peningkatan inovasi layanan, pengadaan alat kesehatan, peningkatan kualitas SDM, dan program kemitraan strategis di tengah kompetisi antar fasilitas kesehatan (S8 – T5)Menerapkan tata kelola organisasi yang baik dan bersih melalui pembangunan zona integritas untuk Kompetisi dari RS sekitar dengan fasilitas lebih baik (S6 - T5) | <ol style="list-style-type: none">Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran dan belanja melalui Lean Hospital (W9 - T8)Mengembangkan kapabilitas untuk melakukan riset klinis (W5 - T9) |
|-------------------------|--|---|

C. Inisiatif Strategis

Berdasarkan analisis SWOT dan TOWS, RSUP Surakarta merumuskan strategi untuk mengoptimalkan keunggulan internal, memanfaatkan peluang eksternal, serta mengatasi tantangan dan kelemahan dalam mencapai sasaran strategis yang telah ditetapkan. Strategi ini difokuskan pada penguatan layanan unggulan, peningkatan efisiensi operasional, optimalisasi sumber daya manusia, serta digitalisasi dan inovasi layanan kesehatan guna mendukung visi rumah sakit.

- Strategi untuk Mewujudkan Layanan Terbaik Level Asia
 - Meningkatkan sarana prasarana internal untuk peningkatan jumlah pasien (S4 – O4)
- Strategi untuk Mewujudkan Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian Berkesinambungan
 - Mengembangkan kapabilitas untuk melakukan riset klinis (W5 - T9)
- Strategi untuk Mewujudkan Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal
 - Memperkuat keamanan sistem IT internal melalui pengembangan infrastruktur keamanan siber dan pelatihan rutin kepada SDM IT, guna mengantisipasi dan menanggulangi potensi serangan siber terhadap data dan layanan digital rumah sakit (S4 - T1)
- Strategi untuk Mewujudkan Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel
 - Menerapkan tata kelola organisasi yang baik dan bersih melalui pembangunan zona integritas untuk kompetisi dari rumah sakit sekitar dengan fasilitas lebih baik (S6 - T5)
- Strategi untuk Mewujudkan Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien
 - Peningkatan sistem kendali mutu dan biaya untuk meningkatkan efisiensi dan reduksi biaya (W7 - O1)
 - Memanfaatkan reputasi, akreditasi, dan peran strategis dalam pendidikan untuk menawarkan nilai tambah non-finansial kepada dokter, seperti peluang pengembangan karier, pelatihan lanjutan, dan keterlibatan dalam program pendidikan serta layanan khusus yang tidak dimiliki RS swasta (S1 - T7)
 - Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran dan belanja melalui *Lean Hospital* (W9 - T8)
- Strategi untuk Mewujudkan Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten
 - Melakukan perkembangan keberlanjutan dalam pemberian layanan kepada pasien dalam hal teknologi dan *clinical pathway* (S8 - O1)
 - Meningkatkan kunjungan pasien dengan mempertahankan mutu pelayanan rumah sakit (S1-O1)

-
- c. Melakukan reviu PPK dan CP secara berkala (W10 - O4)
 7. Strategi Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan
 - a. Meningkatkan *branding* dan pemasaran dengan menargetkan market untuk pelayanan spesialisik, melalui berbagai media (W1 - O4)
 - b. Mengeksplorasi strategi untuk mendatangkan pasien melalui perluasan kerjasama dengan instansi-instansi eksisting dan baru (S9 - O1)
 8. Strategi untuk Mewujudkan SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK
 - a. Pemenuhan SDM Spesialistik dengan bekerjasama dengan instansi pendidikan kedokteran (PPDS) dan rekrutmen dokter spesialis tamu (W6 - O4)
 - b. Menyelenggarakan Pelatihan Nakes terakreditasi melalui kerjasama dengan organisasi profesi (W6 - O4)
 - c. Melakukan internalisasi budaya kerja Kemenkes secara bertahap melalui pelatihan, *role model*, dan sistem reward, untuk membentuk budaya kerja pelayanan yang profesional dan berorientasi pada kepuasan masyarakat (W2 - O1)
 9. Strategi untuk Mewujudkan Pengelolaan Keuangan yang Andal
 - a. Menangkap pasar untuk MCU melalui kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan dan instansi pemerintahan (S1 - O5)
 - b. Mengoptimalkan fleksibilitas keuangan BLU untuk meningkatkan kapabilitas dan daya saing rumah sakit, melalui peningkatan inovasi layanan, pengadaan alat kesehatan, peningkatan kualitas SDM, dan program kemitraan strategis di tengah kompetisi antar fasilitas kesehatan (S8 – T5)

BAB III

RENCANA STRATEGIS 5 (LIMA) TAHUN

Rencana Strategis Bisnis (RSB) 5 Tahun RSUP Surakarta 2025-2029 disusun sebagai dokumen strategis yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan serta kebijakan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum. RSB ini bertujuan untuk mengoptimalkan peran RSUP Surakarta sebagai rumah sakit vertikal yang unggulan dalam layanan kanker dan respirasi di tingkat Asia. Dokumen ini menjadi panduan dalam penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA), Rencana Kinerja Tahunan (RKT), dan Rencana Kinerja Anggaran Kementerian Lembaga (RKAKL).

Visi RSUP Surakarta adalah “Rumah sakit dengan pelayanan unggulan Kanker dan Respirasi di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan.” Untuk mencapai visi ini, RSUP Surakarta telah menetapkan misi dan sasaran strategis yang selaras dengan kebijakan Kementerian Kesehatan serta mandat sebagai BLU Kesehatan.

A. PROGRAM KEMENTERIAN KESEHATAN

Sebagai rumah sakit vertikal di bawah Kementerian Kesehatan, RSUP Surakarta berperan dalam mendukung kebijakan nasional dalam sistem pelayanan kesehatan rujukan. RSB ini selaras dengan sasaran strategis Kementerian Kesehatan dalam RPJMN 2025-2029, yang mencakup:

1. Peningkatan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan berkualitas, khususnya dalam layanan spesialis kanker dan respirasi.
2. Penguatan sistem rujukan nasional, melalui penyelenggaraan pengampunan rumah sakit jejaring.
3. Digitalisasi layanan kesehatan, termasuk penerapan rekam medis elektronik (RME) yang terintegrasi.
4. Peningkatan mutu SDM kesehatan, melalui pendidikan, pelatihan, dan penelitian berkesinambungan.
5. Pembangunan rumah sakit berbasis efisiensi dan keberlanjutan, melalui *high-rise building hospital concept* untuk mengatasi keterbatasan lahan.
6. Optimalisasi tata kelola keuangan BLU, guna memastikan kemandirian finansial dan efisiensi anggaran.

RSUP Surakarta juga mendapat mandat khusus dalam peningkatan layanan kanker dan respirasi yang akan dikembangkan dalam program strategis selama lima tahun mendatang.

B. STRATEGI BISNIS BADAN LAYANAN UMUM

Strategi bisnis RSUP Surakarta difokuskan pada enam bidang utama, yaitu:

1. Layanan: Peningkatan mutu layanan kanker dan respirasi melalui *clinical pathway* yang terstandarisasi.
2. Keuangan: Diversifikasi pendapatan melalui pengembangan layanan eksekutif, kemitraan asuransi swasta, dan optimalisasi tarif layanan.
3. Sumber Daya Manusia (SDM): Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan dan sertifikasi berbasis kebutuhan layanan unggulan.
4. Sarana dan Prasarana: Pembangunan Gedung Utama 15 (lima belas) lantai, gedung parkir 7 (tujuh) lantai, gedung service 1 (satu) lantai, gedung radioterapi, landskape dan sirkulais kawasan, serta pengembangan infrastruktur pendukung untuk layanan spesialis.
5. Inovasi: Digitalisasi sistem layanan, implementasi *Artificial Intelligence* (AI) dalam diagnosa, serta penguatan penelitian translasional.
6. Investasi: Optimalisasi kemitraan strategis dengan sektor swasta, akademisi, dan pemerintah daerah dalam pengembangan layanan kesehatan.
7. Mitigasi risiko:
 - a. Reviu unit cost dan optimalisasi tarif
 - b. Penataan SDM sesuai dengan profesi
 - c. Pengembangan kompetensi 40 JPL masuk dalam kontrak kinerja individu Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medik RSUP Surakarta
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dalam pencapaian kecepatan respon terhadap komplain, penerapan remunerasi, penempatan deposito, penempatan *idle cash* pada deposito berjangka, kegiatan penelitian, pengembangan kompetensi pegawai, pemanfaatan ruang rawat inap VIP, sarana prasarana terutama ruang tunggu klinik eksekutif, dan efektifitas pengelolaan klaim BPJS.

Proses analisis mitigasi risiko (terlampir)

C. KEGIATAN DAN INDIKATOR

Selama periode RSB, RSUP Surakarta mengikuti mandat dari Kementerian Kesehatan yang menetapkan kegiatan dengan rincian terlampir pada tabel-tabel di bawah yang menetapkan berbagai kegiatan strategis untuk mencapai sasaran utama dengan mencantumkan indikator kinerja utama (KPI) yang terukur. Berikut adalah beberapa kegiatan utama:

- 1. Layanan
 - a. Pengembangan layanan unggulan kanker dan respirasi sesuai dengan standar nasional dan internasional.
 - b. Peningkatan waktu respons layanan gawat darurat respirasi (ERRT) agar tetap dalam target ≤ 2 menit.
 - c. Penambahan kapasitas layanan rawat jalan dan rawat inap melalui optimalisasi sumber daya medis dan peralatan.
 - d. Indikator Kinerja: Waktu tunggu IGD, jumlah pasien rujukan, tingkat kepuasan pasien.

Tabel 11. Indikator Kinerja Terkait Layanan RSUP Surakarta

| No. | Indikator | Level |
|-----|---|----------|
| 1 | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | Dirut |
| 2 | Persentase capaian waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit | Direktur |
| 3 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap | Manager |
| 4 | Persentase capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang | Direktur |
| 5 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (<i>discharge</i>) | Manager |
| 6 | Persentase capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit | Direktur |
| 7 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran | Manager |
| 8 | Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan | Manager |
| 9 | Persentase pembatalan waktu operasi elektif | Direktur |
| 10 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif | Manager |
| 11 | Persentase capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤ 60 menit | Direktur |
| 12 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi | Manager |
| 13 | Persentase waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit | Direktur |
| 14 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil | Manager |
| 15 | Persentase capaian waktu pelayanan IGD ≤ 4 jam | Direktur |
| 16 | Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD | Manager |
| 17 | Persentase pengurangan jumlah keluhan pasien | Direktur |
| 18 | Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk call centre, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survei online di website resmi) | Manager |
| 19 | Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis | Direktur |
| 20 | Persentase keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja | Manager |
| 21 | Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan | Dirut |
| 22 | Persentase pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record | Direktur |
| 23 | Persentase downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance) | Manager |
| 24 | Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket | Manager |
| 25 | Persentase modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan | Manager |
| 26 | Bed occupancy rate (BOR) | Dirut |
| 27 | <i>Average length of stay</i> (Avlos) | Manager |
| 28 | <i>Turnover interval</i> (TOI) | Manager |
| 29 | Persentase jumlah pasien rawat jalan | Direktur |

| No. | Indikator | Level |
|-----|---|----------|
| 30 | Jumlah pasien rawat jalan | Manager |
| 31 | Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah | Manager |
| 32 | Healthcare Associated Infections rates | Dirut |
| 33 | Capaian indikator klinis sesuai PPK | Direktur |
| 34 | Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM) | Direktur |
| 35 | Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) | Dirut |
| 36 | Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan | Manager |
| 37 | Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPk, konsensus, dan guideline organisasi profesi | Manager |
| 38 | Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari | Direktur |
| 39 | Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup | Direktur |
| 40 | Persentase peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya | Direktur |
| 41 | Persentase rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milik RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok | Manager |
| 42 | Persentase peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan | Manager |
| 43 | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap | Direktur |
| 44 | Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap | Direktur |

2. Keuangan
- a. Diversifikasi pendapatan BLU, dengan meningkatkan layanan non-JKN dan memperkuat layanan eksekutif.
 - b. Penguatan efisiensi biaya operasional dengan sistem pengadaan berbasis digital.
 - c. Indikator Kinerja: EBITDA margin, persentase pendapatan non-JKN, efektivitas pemanfaatan dana BLU.

Tabel 12. Indikator Kinerja Terkait Keuangan RSUP Surakarta

| No. | Indikator | Level |
|-----|--|----------|
| 1 | Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | Dirut |
| 2 | Persentase riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis | Direktur |
| 3 | Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover) | Direktur |
| 4 | Persentase data input inventory ke dalam sistem inventory digital | Manager |
| 5 | Persentase nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn | Direktur |
| 6 | Persentase jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement) | Manager |
| 7 | Skor BLU Maturity Rating | Dirut |
| 8 | Skor BLU maturity rating aspek finansial | Direktur |
| 9 | Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i> | Manager |
| 10 | Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i> | Manager |
| 11 | Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i> | Manager |
| 12 | Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i> | Manager |
| 13 | Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i> | Manager |
| 14 | Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM | Direktur |
| 15 | Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> | Manager |
| 16 | Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> | Manager |
| 17 | Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> | Manager |
| 18 | Persentase pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS) | Direktur |
| 19 | Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan | Manager |
| 20 | Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | Dirut |
| 21 | Persentase target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS | Direktur |

| No. | Indikator | Level |
|-----|---|----------|
| 22 | Pendapatan layanan non-JKN | Manager |
| 23 | Persentase kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan | Manager |
| 24 | EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | Dirut |
| 25 | EBITDA | Direktur |
| 26 | Persentase operating margin | Direktur |
| 27 | Persentase gross margin | Direktur |
| 28 | Net cash flow | Direktur |
| 29 | Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP) | Direktur |
| 30 | Operating revenue | Manager |
| 31 | Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional | Manager |
| 32 | Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional | Manager |
| 33 | Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional | Manager |
| 34 | Persentase penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas | Manager |
| 35 | Persentase penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun) | Manager |
| 36 | Persentase kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru | Manager |
| 37 | Persentase klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan) | Manager |
| 38 | Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>) | Manager |
| 39 | Perputaran Utang (<i>Days Payable Turnover</i>) | Manager |
| 40 | Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) | Manager |
| 41 | Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP) | Manager |

3. Sumber Daya Manusia (SDM)
- a. Peningkatan pelatihan dan sertifikasi tenaga medis, termasuk peningkatan kapasitas riset klinis.
 - b. Pengembangan sistem remunerasi berbasis kinerja, guna meningkatkan motivasi dan produktivitas tenaga medis.
 - c. Indikator Kinerja: Jumlah pelatihan tenaga medis, tingkat kepuasan pegawai, rasio SDM terhadap kapasitas layanan.

Tabel 13. Indikator Kinerja Terkait Sumber Daya Manusia RSUP Surakarta

| No. | Indikator | Level |
|-----|---|----------|
| 1 | Persentase staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience dalam 6 bulan | Manager |
| 2 | Persentase tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis | Manager |
| 3 | Persentase tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway | Manager |
| 4 | Skor Tingkat Kepuasan Pegawai | Dirut |
| 5 | Training Effectiveness Index (TEI) | Dirut |
| 6 | Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM | Direktur |
| 7 | Persentase kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total) | Manager |
| 8 | Persentase kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap | Manager |
| 9 | Persentase implementasi sistem remunerasi | Manager |
| 10 | Persentase jumlah dokter dengan produktiitas di kuadran 1 | Manager |
| 11 | Persentase Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | Direktur |
| 12 | Persentase Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | Direktur |
| 13 | Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun | Manager |
| 14 | Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun | Manager |

4. Sarana dan Prasarana

- a. Pembangunan Gedung Utama 15 lantai, gedung parkir 7 lantai, gedung service 1 lantai, gedung radioterapi, lanndskape dan sirkulais kawasan serta pengembangan infrastruktur pendukung untuk layanan spesialis lantai untuk layanan kanker dan respirasi.
- b. Optimalisasi pemanfaatan alat kesehatan modern, termasuk CT Scan 128 slice dan ventilator high-end.
- c. Indikator Kinerja: Skor kepuasa pelanggan terhadap sarana dan prasarana, ketersediaan tempat parkir, ruang terbuka hijau, ruang tunggu, dan toilet.

Tabel 14. Indikator Kinerja Terkait Sarana dan Prasarana RSUP Surakarta

| No. | Indikator | Level |
|-----|--|----------|
| 1 | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | Dirut |
| 2 | Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien | Direktur |
| 3 | Persentase zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total | Manager |
| 4 | Persentase keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi | Manager |
| 5 | Persentase ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan | Manager |
| 6 | Persentase fasilitas taman yang berhasil diatasi | Manager |
| 7 | Persentase jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet | Manager |
| 8 | Persentase keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi | Manager |
| 9 | Rasio ruang tunggu per pasien | Manager |
| 10 | Persentase keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi | Manager |
| 11 | Persentase rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan | Manager |
| 12 | Utilisasi ruang OK | Direktur |

5. Inovasi

- a. Penguatan digitalisasi layanan, termasuk pengembangan aplikasi layanan pasien berbasis mobile.
- b. Integrasi sistem informasi rumah sakit (HIS) dengan ekosistem data nasional.
- c. Indikator Kinerja: Skor kepuasan digitalisasi layanan, integrasi sistem RME, efektivitas implementasi AI dalam layanan medis.

Tabel 15. Indikator Kinerja Terkait Inovasi RSUP Surakarta

| No. | Indikator | Level |
|-----|---|----------|
| 1 | Persentase riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis | Direktur |
| 2 | Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset | Manager |
| 3 | Jumlah penelitian translantional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional | Manager |
| 4 | Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan | Manager |
| 5 | Persentase jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi | Manager |

Tabel Sasaran Strategis, Inisiasi Strategis, Program Strategis, dan Indikator Kinerja disajikan pada lampiran dokumen ini untuk referensi lebih lanjut.

D. RENCANA PENDAPATAN, BELANJA, DAN PEMBIAYAAN

Dalam mendukung implementasi strategi bisnis, RSUP Surakarta menetapkan rencana pendapatan, belanja, dan pembiayaan sebagai berikut:

1. Rencana Pendapatan

- a. Sumber pendapatan utama: Layanan JKN, layanan eksekutif, kemitraan dengan asuransi swasta, dan hibah penelitian.
- b. Target pendapatan tahunan: Meningkatkan sebesar 10-20% per tahun dari tahun sebelumnya, kecuali pada saat pembangunan gedung pelayanan, pendapatan diproyeksikan hanya akan naik sebesar 5% dari tahun sebelumnya.

2. Rencana Belanja

- a. Belanja SDM: Peningkatan kompetensi dan remunerasi tenaga kesehatan dan non kesehatan.
- b. Belanja layanan kesehatan: Pengadaan alat kesehatan prioritas dan penguatan sarana pelayanan.
- c. Belanja digitalisasi: implementasi SIMRS terintegrasi di semua unit layanan.

3. Rencana Pembiayaan

- a. Optimalisasi dana BLU untuk pengembangan layanan unggulan guna meningkatkan daya saing rumah sakit.
- b. Penguatan cadangan keuangan guna menjaga stabilitas operasional dalam jangka panjang.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029 disusun untuk mendukung pencapaian visi rumah sakit sebagai pusat layanan unggulan. Dengan strategi bisnis yang berbasis efisiensi dan digitalisasi, RSUP Surakarta diharapkan dapat mencapai daya saing lebih kuat dalam sistem kesehatan nasional dan internasional.

BAB IV PENUTUP

Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta Tahun 2025-2029 merupakan dokumen perencanaan jangka menengah yang disusun secara sistematis dengan pendekatan berbasis hasil dalam kurun waktu lima tahun ke depan. Penyusunan RSB ini mempertimbangkan berbagai faktor internal dan eksternal melalui analisis *Strengths, Weaknesses, Opportunities, dan Threats* (SWOT) serta mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Dokumen ini memuat visi, misi, inisiatif strategis, *Key Performance Indicator* (KPI), program strategis, serta skema pendanaan yang menjadi pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi kinerja RSUP Surakarta. Selain itu, RSB ini juga menjadi dasar dalam penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA), Rencana Kinerja Tahunan (RKT), dan Rencana Kinerja Anggaran Kementerian Lembaga (RKAKL).

Penyusunan RSB dilakukan secara bertahap dengan melibatkan stakeholder internal maupun eksternal, menggunakan metode seperti *Focus Group Discussion* (FGD), ceramah, survei, dan studi literatur. Analisis yang dilakukan mencakup evaluasi lingkungan, kinerja rumah sakit, serta mitigasi risiko sehingga setiap unit kerja di RSUP Surakarta memiliki target kinerja yang sejalan dengan strategi rumah sakit. Salah satu tantangan utama yang dihadapi adalah keterbatasan lahan rumah sakit seluas $\pm 1,9$ hektar yang mempengaruhi strategi pengembangan infrastruktur. Untuk mengatasi hal ini, RSUP Surakarta telah merancang pentahapan pembangunan dalam dua tahap, yaitu:

1. Masterplan Tahap 1: Pembangunan Gedung Utama 15 lantai sebagai pusat layanan utama rumah sakit.
2. Masterplan Tahap 2: Pembangunan Gedung Parkir 7 lantai, Gedung Radioterapi dan Servis 1 lantai, serta penataan landscape dan sirkulasi kawasan guna mendukung kenyamanan pasien dan tenaga medis.

Pembangunan ini harus dilakukan dengan meminimalisir gangguan terhadap pelayanan yang sedang berjalan, memastikan kesehatan keuangan rumah sakit, serta memperoleh dukungan dari Kementerian Kesehatan sebagai pemilik RSUP Surakarta. Selain aspek infrastruktur, RSB juga mengarahkan strategi pada peningkatan mutu layanan klinis, digitalisasi sistem layanan, optimalisasi SDM, efisiensi keuangan, serta diversifikasi sumber pendapatan guna memperkuat kemandirian finansial rumah sakit.

Dalam evaluasi kinerja, RSUP Surakarta telah menunjukkan perkembangan positif, seperti peningkatan kapasitas layanan, implementasi digitalisasi, dan penguatan kerja sama dengan berbagai mitra, namun masih terdapat tantangan dalam aspek efisiensi keuangan, optimalisasi pemanfaatan sarana prasarana, serta peningkatan kapasitas riset dan inovasi medis. Oleh karena itu, perhatian utama dalam pelaksanaan RSB ini meliputi:

1. Penguatan layanan unggulan, khususnya di bidang kanker dan respirasi, sesuai dengan standar internasional.
2. Optimalisasi efisiensi keuangan melalui diversifikasi sumber pendapatan, termasuk kerja sama dengan asuransi swasta dan layanan eksekutif.
3. Peningkatan SDM dan kapasitas riset, guna memperkuat pengembangan tenaga medis serta inovasi layanan berbasis bukti.
4. Implementasi penuh digitalisasi layanan, untuk meningkatkan efisiensi operasional serta integrasi sistem kesehatan.
5. Penguatan tata kelola dan akuntabilitas BLU, dengan memastikan pengelolaan yang transparan, berbasis kinerja, dan berorientasi pada hasil.

Jika di masa mendatang diperlukan penyempurnaan atau perubahan strategi, dokumen RSB ini akan dikaji dan diperbarui sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan regulasi yang berlaku. Dengan strategi yang tepat dan dukungan dari berbagai pemangku kepentingan, RSUP Surakarta diharapkan dapat mencapai visi sebagai rumah sakit unggulan di tingkat Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan serta memberikan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi bagi masyarakat.

LAMPIRAN

1. Capaian Indikator Kinerja RSUP Surakarta

Tabel 16.Capaian Indikator Kinerja RSUP Surakarta

| Uraian | Target | Tahun | | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------|---|------------------------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| POBO | 48% | 60,73% | 141,19% | 76,24% | 75,67% | 75,79% |
| Opini Audit Laporan Keuangan | WTP | WTP | WTP | WTP | WTP | WTP |
| Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (<i>success rate</i>) | 85% | 83,71% | 81,51% | 81,34% | 81,17% | 87,89% |
| <i>Nett Death Rate</i> | ≤24‰ | ≤2‰ | 63,44‰ | 16,71‰ | 20,79‰ | 16,27‰ |
| Persentase kepuasan pelanggan | >85 % | 85,88% | 88,13% | 92,33% | 85,51% | 87,46% |
| Persentase respon terhadap komplain | 100% | 100% | 89,58% | 100% | 100% | 100% |
| Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT) | ≤30 menit | NA | NA | 1 menit 22 detik | 1,70 menit | 2,32 menit |
| Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama | 30 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| Jumlah penelitian terpublikasi | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Jumlah pelatihan terakreditasi | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan | 12 | 6 | 9 | 10 | 12 | 18 |
| Jumlah jejaring komunitas | 2 | | | 1 | 2 | 4 |
| Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal | 85% | NA | 88.89% | 71.31% | 90.32% | 96,00% |
| Pencapaian Akreditasi SNARS. | Survei Internal | Persiapan | Pendampingan | Terakreditasi Paripurna | Survey internal | Survey internal |
| Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi | 37 | 17 | 29 | 32 | 59 | 59 |
| Persentase tindaklanjut temuan audit | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Perijinan terselesaikan | Terpenuhinya 65% persyaratan | terbitnya ijin operasional RS kelas C | telah terbit ijin operasional RS kelas C | Terpenuhi 58,33% persyaratan | Terpenuhi 66,67% persyaratan perijinan RS kelas | Terpenuhi 83,33% persyaratan |

| Uraian | Target | Tahun | | | | |
|---|--------------------------|--------|--------|----------------------|------------------|----------------------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| | perijinan RS kelas B | | | perijinan RS kelas B | B | perijinan RS kelas B |
| Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam | 45% | 21,43% | 55,29% | 60,16% | 56,08% | 87,80% |
| Persentase sistem IT terintegrasi | 80% | 50% | 88.89% | 92.86% | 94.44% | 85% |
| Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana (<i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i>) | 40% | 40,67% | 54,75% | 48% | 56,50% | 57,75% |
| Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target | 80% | NA | NA | NA | NA | 91,82% |
| Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan | $>75\%$ | NA | NA | NA | NA | 76 |
| Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan | 95% | NA | NA | NA | 100% | 100% |
| Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU | 95% | NA | NA | NA | 157.58% | 146,83% |
| Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni | 97% | NA | NA | NA | 96.02% | 98,47% |
| Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU | 95% | NA | NA | NA | 95.30% | 91,05% |
| Persentase nilai EBITDA | 10% | NA | NA | NA | -32.37% | -31,75% |
| Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing- masing rumah sakit setiap 6 bulan | 2 kali | NA | NA | NA | 2 kali | 2 kali |
| Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN | 10% | NA | NA | NA | NA | 27,35% |
| Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar | 70% | NA | NA | NA | 76.24% | |
| Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang | $\geq 80\%$ | NA | NA | NA | 91.98% | |
| Penundaan waktu Operasi Elektif | $\leq 3\%$ | NA | NA | NA | 2.14% | |
| Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik | $\geq 80\%$ | NA | NA | NA | 100% | |
| Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI | $\geq 80\%$ | NA | NA | NA | 87.05% | |
| Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU | 1 indikator 1 layanan | NA | NA | NA | 2 Tercapai, 2 NA | |
| Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator | 12 Laporan | NA | NA | NA | 12 Laporan | |

| Uraian | Target | Tahun | | | | |
|---|------------|-------|------|------|-------------|---------|
| | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol | 12 Laporan | NA | NA | NA | 12 Laporan | |
| Kepatuhan kebersihan tangan | ≥90% | NA | NA | NA | 91,04% | |
| Kepatuhan penggunaan APD | 100% | NA | NA | NA | 100% | |
| Kepatuhan identifikasi pasien | 100% | NA | NA | NA | 100% | |
| Waktu tunggu rawat jalan | ≥80% | NA | NA | NA | 57,83% | |
| Pelaporan hasil kritis laboratorium | 100% | NA | NA | NA | 100% | |
| Kepatuhan penggunaan formularium nasional | ≥90% | NA | NA | NA | 99,83% | |
| Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) | ≥85% | NA | NA | NA | 100% | |
| Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh | 100% | NA | NA | NA | 100% | |
| Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital | 1 sistem | NA | NA | NA | 1 sistem | |
| Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan | 100% | NA | NA | NA | 100% | 100% |
| Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit | ≤30 menit | NA | NA | NA | 44,38 menit | |
| Persentase Kasus SC Emergensi Kategori 1 Dengan Waktu Tanggap Maksimal 30 Menit | 60% | NA | NA | NA | NA | 81,25 % |
| Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien | 80% | NA | NA | NA | NA | 93,75% |
| Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan | 100% | NA | NA | NA | NA | 100% |
| Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan klinis | 80% | NA | NA | NA | NA | 85,61% |
| Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik | 100% | NA | NA | NA | NA | 100% |
| Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar | 90% | NA | NA | NA | NA | 94% |

2. Persandingan Misi dengan Sasaran Strategis

Tabel 17. Persandingan Misi dengan Sasaran Strategis

| Misi | | | Sasaran Strategis |
|------|--|-----|---|
| 1. | Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung | 1. | Terwujudnya layanan terbaik level Asia |
| | | 8. | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan |
| 2. | Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja | 6. | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien |
| | | 9. | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK |
| | | 10. | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal |
| 3. | Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan | 7. | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten |
| 4. | Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan | 4. | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal |
| | | 5. | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel |
| 5. | Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif | 3. | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan |

3. Pengelompokan Pilar Strategis Terhadap Indikator Kinerja Level 1

Tabel 18. Pengelompokan Pilar Strategis Terhadap Indicator Kinerja Level 1

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) |
|-------------------------------------|--|--|
| Stakeholder | 1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) |
| | 2. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas | 2. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target |
| | 3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 3. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian |
| Proses bisnis internal | 4. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 4. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit terintegrasi untuk seluruh layanan |
| | 5. Terwujudnya tata kelola yg bersih dan akuntabel | 5. Skor BLU Maturity Rating |
| | 6. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | 6. Bed occupancy rate (BOR) |
| | 7. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 7. Healthcare Associated Infections rates |
| | | 8. % standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) |
| | 8. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | 9. % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) |
|-------------------------------------|---|---|
| Learning & growth | 9. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai |
| | | 11. Training Effectiveness Index (TEI) |
| Finansial | 10. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | 12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) |

4. Cascading Sasaran Stretegis, Inisiatif Strategis dan Program Strategis

Tabel 19. Cascading Sasaran Stretegis, Inisiatif Strategis dan Program

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|--|--|---------------------------------|--|
| Stakeholder | 1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | 1. Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung | 1. Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien | 1. Memperbaiki fasilitas parkir | 1. % zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total |
| | | | | | | 2. % keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi |
| | | | | | 2. Memperbaiki fasilitas taman | 3. % ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan |
| | | | | | | 4. % keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi |
| | | | | | 3. Memperbaiki fasilitas toilet | 5. % jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet |
| | | | | | | 6. % keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi |
| | | | | | 4. Memperbaiki fasilitas ruang | 7. Rasio ruang tunggu per |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|
| | | | | | tunggu | pasien |
| | | | | | | 8. % keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi |
| | | | 2. Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD | 2. % capaian waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit | 5. Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap | 9. Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap |
| | | | | 3. % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang | | 10. Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge) |
| | | | | 4. % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit | 6. Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan | 11. Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran |
| | | | | | | 12. Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan |
| | | | | 5. % pembatalan waktu operasi elektif | 7. Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif | 13. Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif |
| | | | | 6. % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤ 60 menit | 8. Memperbaiki waktu pelayanan radiologi | 14. Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi |
| | | | | 7. % Waktu Pemeriksaan | 9. Memperbaiki waktu pelayanan | 15. Durasi rata-rata waktu tunggu |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|--|--|--|--|---|---|
| | | | | Laboratorium ≤ 60 menit | lab | antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil |
| | | | | 8. % capaian waktu pelayanan IGD ≤ 4 jam | 10. Memperbaiki waktu pelayanan IGD | 16. Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD |
| | | | 3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien | 9. % pengurangan jumlah keluhan pasien | 11. Melaksanakan program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience | 17. % staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience dalam 6 bulan |
| | | | | | 12. Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien | 18. Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk call centre, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi) |
| | | | | 10. Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis | 13. Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis | 19. % keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja |
| | 2. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 2. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | 4. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset | 11. % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis | 14. Memiliki layanan unggulan berbasis riset | 20. Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| | | | 5. Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional | 12. Jumlah penelitian translasional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional | 15. Melakukan kegiatan riset dan penelitian | 21. Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan |
| | | | | | | 22. % jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi |
| Proses bisnis internal | 3. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 3. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan | 6. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi | 13. % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record | 16. Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi | 23. % Downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance) |
| | | | | | | 24. Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket |
| | | | | | 17. Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi | 25. % modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan |
| | | | 7. Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi | 14. Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover) | 18. Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi | 26. % data input inventory ke dalam sistem inventory digital |
| | | | 8. Memperkuat fungsi | 15. % nilai pembelian barang | 19. Membenahi peran dan | 27. % jumlah transaksi melalui e- |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|--|---|--|
| | | | pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue | atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn | tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa | procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement) |
| | 4. Terwujudnya tata kelola yg bersih dan akuntabel | 4. Skor BLU Maturity Rating | 9. Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM) | 16. Skor BLU maturity rating aspek finansial | 20. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial | 28. Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 29. Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 30. Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 31. Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 32. Capaian level rasio IKM aspek pelayanan <i>maturity rating</i> |
| | | | | 17. Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM | 21. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan | 33. Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 34. Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i> |
| | | | | | | 35. Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|--|---|--|---|--|--|
| | | | | | | pelayanan <i>maturity rating</i> |
| | 5. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | 5. Bed occupancy rate (BOR) | 10. Meningkatkan utilisasi bed rawat inap | 18. # Bed turnover (BTO) | 22. Meningkatkan efisiensi perawatan pasien | 36. <i>Average length of stay</i> (Avlos) |
| | | | | | | 37. <i>Turnover interval</i> (TOI) |
| | | | | | 23. Meningkatkan produktivitas SDM dan alat | 38. % rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan |
| | | | 11. Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV | 19. % jumlah pasien rawat jalan | 24. Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan | 39. Jumlah pasien rawat jalan |
| | | | 12. Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV | 20. utilisasi ruang OK | 25. Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah | 40. Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah |
| | | | 13. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya | 21. % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS) | 26. Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | 41. Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan |
| | 6. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 6. Healthcare Associated Infections rates | 14. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway | 22. Capaian indikator klinis sesuai PPK | 27. Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i> | 42. % tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis |
| | | | | 23. Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM) | 28. Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i> | 43. % tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|---|--|---|--|---|---|
| | | 7. % standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) | 15. Meningkatkan mutu layanan unggulan | 24. Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari | 29. Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK) | 44. Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan |
| | | | | 25. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup | 30. Melakukan review PPK untuk seluruh layanan unggulan | 45. Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus, dan guideline organisasi profesi |
| | 7. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | 8. % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | 16. Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN | 26. % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya | 31. Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS | 46. % rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milih RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok |
| | | | | | 32. Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien | 47. % peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan |
| | | | | 27. % target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS | 33. Mengembangkan layanan non-JKN | 48. Pendapatan layanan non-JKN |
| | | | | | 34. Mengimplementasi pola tarif non-JKN | 49. % kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|---|--|--|--|---|---|
| | | | | | | ditentukan |
| Learning & growth | 8. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 9. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai | 17. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan | 28. Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap | 35. Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik | 50. % kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total) |
| | | | | 29. Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap | 36. Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap | 51. % kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap |
| | | | | 30. Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM | 37. Mengimplementasi pola remunerasi | 52. % implementasi sistem remunerasi |
| | | | | | | 53. % jumlah dokter dengan produktiitas di kuadran 1 |
| | | 10. Training Effectiveness Index (TEI) | 18. Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi | 31. % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | 38. Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named | 54. Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun |
| | | | | 32. % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | | 55. Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun |
| Finansial | 9. Terwujudnya pengelolaan | 11. EBITDA margin (% terhadap | 19. Meningkatkan efisiensi keuangan RSV | 33. EBITDA | 39. Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan | 56. Operating revenue |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|---|--|
| | keuangan yang andal | pendapatan operasional netto) | | | | |
| | | | | 34. % operating margin | 40. Mengendalikan beban terhadap pendapatan | 57. Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional |
| | | | | | | 58. Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional |
| | | | | | | 59. Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional |
| | | | | 35. % gross margin | 41. Menerapkan standar unit cost pelayanan | 60. % penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas |
| | | | | | | 61. % penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun) |
| | | | | | 42. Melakukan review tarif INACBGS secara berkala | 62. % kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru |
| | | | | | 43. Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan | 63. % klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan) |
| | | | 20. Memperkuat cadangan modal strategis | 36. net cash flow | 44. Meningkatkan likuiditas keuangan | 64. Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>) |

| Pilar Strategis dan Nilai Penggerak | Peta/Sasaran Strategis (L1) | Indikator Sasaran Strategis (L1) | Inisiatif Strategis (L2) | KPI Inisiatif Strategis (L2) | Program Strategis (L3) | KPI Program Strategis (L3) |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|--|---|---|
| | | | | | | 65. Perputaran Utang (Days Payable Turnover) |
| | | | 21. Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan | 37. Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP) | 45. Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | 66. Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) |
| | | | | | 46. Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | 67. Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP) |

5. Indikator Sasaran Strategis (L1)
a. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

Tabel 20. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---|--------------------------------|---|--|---|
| Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien | CSAT (skor kepuasan pelanggan) | <p>Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.</p> <p>Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien.</p> <p>Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada :</p> <ul style="list-style-type: none">PoliklinikRawat inap | <p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1)/(\text{Jumlah Unsur})$</p> <p>Nilai Survei Kepuasan = $(\text{Total dari Nilai Persepsi per unsur} / \text{Total unsur yang terisi}) \times \text{Nilai Penimbang}$</p> <p>Konversi nilai survei kepuasan = $\text{Nilai Survei Kepuasan} \times 25$</p> <p>Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan</p> | <p>Tahun 1 = Baik</p> <p>Tahun 2 = Baik</p> <p>Tahun 3 = Baik</p> <p>Tahun 4 = Sangat Baik</p> <p>Tahun 5 = Sangat Baik</p> |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|--|---|------------|
| | | <ul style="list-style-type: none">IGDLaboratorium <p>Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur survei kepuasan masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana. Pengukuran respon survei menggunakan skala <i>Likert</i>, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Metode pengolahan data 1. Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur</p> <ul style="list-style-type: none">Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \frac{A^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + A^2 \cdot P \cdot Q}$Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbangNilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan penimbang.Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) <p>2. Menghitung kepuasan pasien di satu unit</p> | semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur | |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------|---|--------------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|---|--------------|---------------|---|------------|---|--------------|---------------|---|-------------|---|----------------|---------------|---|------|---|---------------|----------------|---|-------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di rumah sakit <p>3. Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none">Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakitTentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit <p>Tabel konversi nilai kepuasan</p> <table><tr><th>Nilai Persepsi</th><th>Nilai Interval (NI)</th><th>Nilai Interval Konversi (NIK)</th><th>Mutu Pelayanan (x)</th><th>Kinerja Pelayanan (y)</th></tr><tr><td>1</td><td>1,00 – 2,599</td><td>25,00 – 64,99</td><td>D</td><td>Tidak baik</td></tr><tr><td>2</td><td>2,60 – 3,064</td><td>65,00 – 76,60</td><td>C</td><td>Kurang baik</td></tr><tr><td>3</td><td>3,0644 – 3,532</td><td>76,61 – 88,30</td><td>B</td><td>Baik</td></tr><tr><td>4</td><td>3,5324 – 4,00</td><td>88,31 – 100,00</td><td>A</td><td>Sangat baik</td></tr></table> | Nilai Persepsi | Nilai Interval (NI) | Nilai Interval Konversi (NIK) | Mutu Pelayanan (x) | Kinerja Pelayanan (y) | 1 | 1,00 – 2,599 | 25,00 – 64,99 | D | Tidak baik | 2 | 2,60 – 3,064 | 65,00 – 76,60 | C | Kurang baik | 3 | 3,0644 – 3,532 | 76,61 – 88,30 | B | Baik | 4 | 3,5324 – 4,00 | 88,31 – 100,00 | A | Sangat baik | | |
| Nilai Persepsi | Nilai Interval (NI) | Nilai Interval Konversi (NIK) | Mutu Pelayanan (x) | Kinerja Pelayanan (y) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1,00 – 2,599 | 25,00 – 64,99 | D | Tidak baik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2,60 – 3,064 | 65,00 – 76,60 | C | Kurang baik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3,0644 – 3,532 | 76,61 – 88,30 | B | Baik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 3,5324 – 4,00 | 88,31 – 100,00 | A | Sangat baik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

b. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh Dari Semua Penelitian

Tabel 21. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh Dari Semua Penelitian

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---|--|--|--|---|
| Mendorong inovasi melalui melalui <i>Clinal Research Unit</i> (CRU) | Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | <ul style="list-style-type: none">Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakitPendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan | $\frac{\text{(total pendapatan dari semua penelitian CRU)}}{\text{total pendapatan operasional}} \times 100\%$ | Tahun 1-5 Rumah sakit pendidikan utama : 2% tiap tahun |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|--|-------|--|
| | | <p>pasien non-JKN</p> <ul style="list-style-type: none">• Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis• Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada 4 dan/atau perbaruannya• Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya, RSUP Surakarta termasuk dalam satelit | | <p>Rumah sakit pendidikan satelit : 1% tiap tahun</p> <p>RSUP Surakarta masuk dalam rumah sakit pendidikan satelit</p> |

c. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan

Tabel 22. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|--|---|---|---|--|
| Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama | Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (SIRS) terintegrasi untuk seluruh layanan | <p>Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No.82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back Office.</p> <p>Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none">Persentase integrasi RME ke satu sehat¹ (W:20%)Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit online dengan antrian BPJS² (W:20%)Persentase integrasi sistem inventory³ (W:20%)Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS⁴ (W:20%)Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS⁵ (W:20%) <p>Catatan:</p> <p>¹Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional</p> | <p>$\{\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW)\}$</p> <p>*W = weight/bobot</p> | <p>Tahun 1: 25%</p> <p>Tahun 2: 50%</p> <p>Tahun 3: 75%</p> <p>Tahun 4: 90%</p> <p>Tahun 5: 100%</p> |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|---|-------|------------|
| | | 9SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat 2Sistem inventory sudah terintegrasi dnegan menerapkan laporan *Back Office* dalam ERP System untuk laporan inventori 3Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/pelayanan yang diberikan, dan menerapkan laporan *Back Office* dan ERP System untuk laporan SDM/HRD 4Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk) pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan laporan *Back Office* dalam ERP System untuk laporan keuangan/finance berbasis SAK | | |

f. Skor BLU *Maturity Rating*

Tabel 23. Skor BLU *Maturity Rating*

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---|---------------------------------|--|--|---|
| Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat | Skor BLU <i>Maturity Rating</i> | Rumah sakit mengukur BLU <i>Maturity Rating</i> merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU <i>Service and Governance Maturity Rating</i> (BLUSmart) A. <i>Result Based</i> <ul style="list-style-type: none">• Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan• Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif• Pada <i>result based</i>, aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek | Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas | Merujuk kepada target Maturity rating RPJMN 2025-2029 RSUP Surakarta Baseline 2023 = 3,65 Target 2025 = Level 3 2026 = Level 3 2027 = Level 3 2028 = Level 4 |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|--|-------|----------------|
| | | keuangan dan aspek pelayanan <i>B. Process Based</i> <ul style="list-style-type: none">• Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>input</i> maupun <i>output</i> yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.• Pada process based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan• Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas• Level 1: <i>Initial or ad hoc</i>; Level 2: <i>Managed</i>; Level 3: <i>Defined</i>; Level 4: <i>Predictable</i>; dan Level 5: <i>Optimizing</i>• Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU | | 2029 = Level 4 |

g. *Bed Occupany Rate (BOR)*

Tabel 24. *Bed Occupany Rate (BOR)*

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|--|-------------------------------|---|--|--|
| Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis | <i>Bed Occupancy Rate/BOR</i> | <i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu | $\{ \text{Jumlah hari perawatan di Rumah Sakit} / (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}) \} \times 100\%$ | Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70% |

h. *Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates*

Tabel 25. *Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates*

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| Memberikan pelayanan berkualitas | <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> | <p>Surveillance HAIs merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencehagan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p> <p>Menghitung jumlah insiden untuk 4 point infeksi:</p> <p>A. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)</p> <p>B. VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)</p> <p>C. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU</p> <p>D. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) – dengan jenis tindakan operasi di rumah sakit: Bedah Orthopedi (ORIF atau <i>Total Hip Replecement</i>), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumot Jinak Payudara</p> <p>*) Sumber: Definisi operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No.YM.01.02/D.VI/97/2024</p> | <p>A: \sum insiden CAUTI</p> <p>B: \sum insiden VAP</p> <p>C: \sum insiden CLABSI</p> <p>D: \sum insiden SSI</p> <p>A: (jumlah kasus CAUTI¹ + jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 <i>catheter urinary-days</i></p> <p>B: (jumlah kasus VAP¹ + jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 <i>ventilator days</i></p> <p>C: (jumlah kasus CLABSI¹ + jumlah lama hari pemakaian kateter vena central) x 1.000 <i>central-days</i></p> <p>D: (jumlah kasus SSI¹ + jumlah tindakan operasi) x 100</p> <p>1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)</p> | <p>Tahun 1 – Tahun 5</p> <p>A: < 1.0 %</p> <p>B: < 1.0 %</p> <p>C: < 1.0 %</p> <p>D: < 1.0 %</p> |

i. Persentase Standar Klinis Yang Tercapai (Sesuai Dengan Layanan Unggulan Yang Dipilih Rumah Sakit)

Tabel 26. Persentase Standar Klinis Yang Tercapai (Sesuai Dengan Layanan Unggulan Yang Dipilih Rumah Sakit)

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---|---|--|--|-------------------------|
| Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten | Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih rumah sakit) | Indikator persentase standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesifikasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh rumah sakit. Untuk rumah sakit umum, rumah sakit memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya. Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none">• Layanan Stroke• Layanan Kanker• Layanan Jantung• Layanan Urologi• Layanan Kesehatan Ibu dan Anak• Layanan Respirasi• Layanan Diabetes mellitus• Layanan Gastrohepatologi• Layanan Kesehatan Jiwa• Layanan PINERE• Layanan Mata• Layanan Ortopedi | $\text{Persentase standar klinis yang tercapai} = \frac{(\text{Jumlah Indikator Tercapai})}{(\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur Rumah Sakit})} \times 100\%$ | Tahun 1 – Tahun 5 = 80% |

Tabel 27. Indikator Layanan Stroke

| Inisiatif | Indikator | |
|----------------|-----------|--|
| Layanan Stroke | 1 | Pasien stroke iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari |

j. **Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS**

Tabel 28. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---------------------------------|---|---|--|---|
| Meningkatkan pendapatan Non-JKN | Persentase pendapatan non JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit | <ul style="list-style-type: none"> Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan) Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No.26 Tahun 2022 | $(\text{Pendapatan non-JKN} + \text{Total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$ | <p>RSUP Surakarta masuk dalam kluster 3</p> <p>Target</p> <p>2025 = TBD</p> <p>2026 = TBD</p> <p>2027 = TBD</p> <p>2028 = TBD</p> <p>2029 = 50%</p> |

k. **Skor Tingkat Kepuasan Pegawai**

Tabel 29. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|---|-------------------------------|--|-------|--|
| Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif | Skor tingkat kepuasan pegawai | Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakan survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PANRB No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit. | | <p>Target</p> <p>2025 = Puas</p> <p>2026 = Puas</p> <p>2027 = Puas</p> <p>2028 = Sangat Puas</p> <p>2029 = Sangat Puas</p> |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|---|-------|------------|
| | | <p>Unsur Survei Kepuasan Pegawai</p> <p>Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none">Unsur 1: Lingkungan kerjaUnsur 2: Hubungan dengan atasanUnsur 3: Penghargaan dan pengukuranUnsur 4: Kesempatan pengembangan karierUnsur 5: Gaji dan kompendasiUnsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupanUnsur 7: Komunikasi dalam rumah sakitUnsur 8: Budaya rumah sakit <p>Pengukuran respon survei menggunakan skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.</p> <p>Metode palaksanaan</p> <p>Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara atau survei secara elektronik (<i>e-Survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p> | | |

I. *Training Effectiveness Index (TEI)*

Tabel 30. Training Effectiveness Index (TEI)

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|--|---|--|---|--|
| Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan | <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> | <p><i>Training Effectiveness Index (TEI)</i></p> <ul style="list-style-type: none">Tenaga kesehatan dan tenaga medis diharapkan mendapatkan 40 jam pelajaran (JPL)Peningkatan kompetensi ynag dimaksud adalah peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi | TEI: Persentase tenaga kesehatan dan tenaga medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh rumah sakit | Target 2025 = 70% 2026 = 73,75% 2027 = 77,5% 2028 = 81,25% |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|---|-------|------------|
| | | oleh rumah sakit <ul style="list-style-type: none">Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan | | 2029 = 85% |

m. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

Tabel 31. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|------------------------------|---|--|---|---|
| Meningkatkan efisiensi biaya | EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | <ul style="list-style-type: none">EBITDA margin adalah rasio surplus atau defisit sebelum pendapatan (beban) keuangan dan pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan pendapatan operasional netto rumah sakitPendapatan operasional netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis)Khusus pada kegiatan non-operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non-operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT.Pencapaian target EBITDA margin setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No.26 Tahun 2022.Pengelompokan rumah sakit dapat berubah sewaktu waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No.26 Tahun 2022 <p>*) Sumber: kepdirljen Nomor HK.02.02/D/44418/2024</p> | $(EBITDA + \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$ | <p>Tahun 1 Kluster 1 : 15% Kluster 2 : 10% Kluster 3 : 1%</p> <p>Tahun 2 Kluster 1 : 15% Kluster 2 : 10% Kluster 3 : 1%</p> <p>Tahun 3 Kluster 1 : 15% Kluster 2 : 15% Kluster 3 : 2%</p> <p>Tahun 4 Kluster 1 : 20% Kluster 2 : 15% Kluster 3 : 2%</p> |

| Objektif | Indikator | Definisi Operasional | Rumus | Target RSV |
|----------|-----------|----------------------|-------|---|
| | | | | Tahun 5 Kluster 1 : 20% Kluster 2 : 15% Kluster 3 : 3% RSUP Surakarta masuk dalam kluster 3 |

6. Target KPI Inisiatif Strategis (L2)

Tabel 32. Target KPI Inisiatif Strategis (L2)

| No | KPI Inisiatif Strategis Direktur L2 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|------|--|------|------------|------------|------------|------------|------------|
| L1 | Ebitda margin (dirut) | | 1% | 1% | 2% | 2% | 3% |
| 11.1 | EBITDA | PKLO | positif | positif | positif | positif | positif |
| 11.3 | % gross margin | PKLO | 2% | 2% | 4% | 4% | 6% |
| 11.2 | % operating margin | PKLO | 1% | 1% | 2% | 2% | 3% |
| 11.4 | net cash flow | PKLO | positif | positif | positif | positif | positif |
| 11.5 | Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP) | PKLO | indeks 3,5 | indeks 3,5 | indeks 3,5 | indeks 3,5 | indeks 3,5 |
| 3.1 | % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record | PKLO | 70% | 75% | 80% | 80% | 85% |
| 3.2 | Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover) | PKLO | <60 hari | <60 hari | <60 hari | <60 hari | <60 hari |
| 4.1 | Skor BLU maturity rating aspek finansial | PKLO | level 3 | level 3 | level 3 | level 4 | level 4 |

| No | KPI Inisiatif Strategis Direktur L2 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|------|---|---------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 3.3 | % nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn | PPK/ULP | | | | | |
| 1.1 | Tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei pasien | SPP | Baik | Baik | Baik | Baik | Baik |
| 1.3 | % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24 jam) sebelum pasien pulang | PMK | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 1.4 | % capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤120 menit | PMK | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% |
| 1.5 | % pembatalan waktu operasi elektif | PMK | <3% | <3% | <3% | <3% | <3% |
| 1.6 | % Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit | PMK | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% |
| 1.7 | % capaian waktu tunggu pelayanan radiologi ≤60 menit | PMK | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% |
| 1.8 | % capaian waktu pelayanan IGD ≤4 jam | PMK | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% | ≥90% |
| 1.9 | % pengurangan jumlah keluhan pasien | SPP | 2% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| 1.10 | Durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis | SPP | Maks 7 hari | Maks 7 hari | Maks 7 hari | Maks 7 hari | Maks 7 hari |
| 2.1 | % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis | SPP | 30% | 30% | 30% | 30% | 30% |
| 2.2 | Jumlah penelitian translational yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional | SPP | | | | | |
| 4.2 | Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM | PMK | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 5.1 | Bed turnover (BTO) | PMK | (40-50) | (40-50) | (40-50) | (40-50) | (40-50) |
| 5.2 | % jumlah pasien rawat jalan | PMK | ≥0,1% | ≥0,1% | ≥0,1% | ≥0,1% | ≥0,1% |
| 5.3 | Utilisasi ruang OK | PMK | 1440 tindakan | 1440 tindakan | 1440 tindakan | 1440 tindakan | 1440 tindakan |
| 5.4 | % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS) | PPK/ULP | | | | | |
| 6.1 | Capaian indikator klinis sesuai PPK | PMK | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |

| No | KPI Inisiatif Strategis Direktur L2 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|------|--|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 6.2 | Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM) | PMK | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| 7.1 | Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari | PMK | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 7.2 | Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup | PMK | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 8.1 | % target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS | PMK | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| 8.2 | % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya | PMK | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| 9.1 | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap | PMK | | | | | |
| 9.2 | Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap | PMK | | | | | |
| 9.3 | Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM | SPP | Cukup (kurang 76,61) | Cukup (kurang 76,61) | Cukup (kurang 76,61) | Cukup (kurang 76,61) | Cukup (kurang 76,61) |
| 10.1 | % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | SPP | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| 10.2 | % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | SPP | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |

7. Target KPI Program Inisiatif Strategis (L3)

Tabel 33. Target KPI Program Inisiatif Strategis (L3)

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|-------|---|-----|------|------|------|------|------|
| 1.1.1 | Persentase zonasi parkir untuk pasien dari kapasitas parkir total | AKT | 70% | 70% | 70% | 70% | 70% |
| 1.1.2 | Persentase keluhan fasilitas parkir yang berhasil diatasi | AKT | 81% | 82% | 83% | 84% | 85% |

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|-------|---|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1.1.3 | Persentase ketersediaan ruang terbuka hijau dibanding luas lahan | Umum | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| 1.1.4 | Persentase keluhan fasilitas taman yang berhasil diatasi | Umum | 81% | 82% | 83% | 84% | 85% |
| 1.1.5 | Persentase jumlah toilet berkebutuhan khusus dibanding keseluruhan jumlah toilet | Umum | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 1.1.6 | Persentase keluhan fasilitas toilet yang berhasil diatasi | Umum | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 1.1.7 | Rasio ruang tunggu per pasien | Umum | 1 : 1,5 | 1 : 1,5 | 1 : 1,5 | 1 : 1,5 | 1 : 1,5 |
| 1.1.8 | Persentase keluhan fasilitas ruang tunggu yang berhasil diatasi | Umum | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| 1.2.1 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi pendaftaran rawat inap | PPE | 96% | 96% | 96% | 96% | 96% |
| 1.3.1 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien rawat inap saat pulang (discharge) | Keperawatan | 92% | 92% | 92% | 92% | 95% |
| 1.4.1 | Durasi rata-rata waktu administrasi pasien saat administrasi rawat jalan, termasuk pendaftaran dan pembayaran | Keperawatan | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit |
| 1.4.2 | Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan | Keperawatan | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit | 50 Menit |
| 1.5.1 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian operasi elektif | Medis | ≤48 Jam | ≤48 Jam | ≤48 Jam | ≤48 Jam | ≤48 Jam |
| 1.6.1 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan laboratorium hingga spesimen diambil | Penunjang | 85% | 90% | 95% | 100% | 100% |
| 1.7.1 | Durasi rata-rata waktu tunggu antrian pelayanan radiologi hingga citra mulai diakuisisi | Penunjang | 85% | 90% | 95% | 100% | 100% |
| 1.8.1 | Durasi rata-rata waktu tunggu pelayanan IGD | Medis/Keperawatan | | | | | |

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--------|---|------------|-----------|------------|------------|------------|---------|
| 1.9.1 | % staf dan tenaga medis yang pernah mengikuti program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience dalam 6 bulan | SDM Diklat | 60% | 60% | 70% | 70% | 75% |
| 1.9.2 | Jumlah saluran komunikasi yang aktif untuk menampung keluhan pasien (termasuk call centre, Whatsapp, survey online di unit pelayanan, dan survey online di website resmi) | Umum | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 1.10.1 | % keluhan yang dapat diselesaikan dengan resolusi dan tindak lanjut dalam waktu 3x24 jam kerja | Umum | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 2.1.1 | Jumlah pengembangan program inovasi yang berasal dari riset | SDM Diklat | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2.2.1 | Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan | SDM Diklat | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2.2.2 | % jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi | SDM Diklat | | | | | |
| 3.1.1 | % modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan | PPE | 40% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| 3.1.2 | % Downtime rate sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu maintenance) | PPE | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| 3.1.3 | Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu ticket | PPE | <24Jam | <24Jam | <24Jam | <24Jam | <24Jam |
| 3.2.1 | % data input inventory ke dalam sistem inventory digital | AKT | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 3.3.1 | % jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement) | PPK | 75% | 80% | 85% | 90% | 90% |
| 4.1.1 | Capaian level likuiditas aspek finansial maturity rating | AKT | Level 1.5 | Level 1.75 | Level 2 | Level 2.5 | Level 3 |
| 4.1.2 | Capaian level rasio efisiensi aspek finansial maturity rating | AKT | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 4.1.3 | Capaian level rasio efektivitas aspek finansial maturity rating | AKT | Level 2.5 | Level 2.5 | Level 2.75 | Level 2.75 | Level 3 |

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|-------|--|-------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 4.1.4 | Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial maturity rating | PPA | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 4.2.1 | Capaian level rasio IKM aspek pelayanan maturity rating | Keperawatan | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 4.2.2 | Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan maturity rating | Keperawatan | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 4.2.3 | Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan maturity rating | Umum | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 4.2.4 | Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan maturity rating | Keperawatan | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 | Level 3 |
| 5.1.1 | <i>Average length of stay (Avlos)</i> | Keperawatan | 3-5 hari | 3-5 hari | 3-5 hari | 3-5 hari | 3-5 hari |
| 5.1.2 | # Turnover interval (TOI) | Keperawatan | 1-3 hari | 1-3 hari | 1-3 hari | 1-3 hari | 1-3 hari |
| 5.1.3 | % rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan | Penunjang | 40% | 45% | 50% | 55% | 60% |
| 5.2.1 | Jumlah pasien rawat jalan | Medis | 80.415 | 88.457 | 97.303 | 107.033 | 117.736 |
| 5.3.1 | Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah | Medis | 2.294 | 2.523 | 2.775 | 3.053 | 3.358 |
| 5.4.1 | Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan | PPK | 6 | 6 | 7 | 8 | 8 |
| 6.1.1 | % tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis | SDM Diklat | | | | | |
| 6.2.1 | % tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan clinical pathway | Medis | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% | ≥80% |
| 7.1.1 | Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan | Medis | | | | | |

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--------|---|-------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 7.2.1 | Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPK, konsensus, dan guideline organisasi profesi | Medis | | | | | |
| 8.1.1 | Pendapatan layanan non-JKN | Medis | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% |
| 8.1.2 | % kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan | AKT | 25% | 50% | 75% | 80% | 80% |
| 8.2.1 | % rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke channel digital milih RSV, seperti website, Instagram, dan TikTok | Umum | Meningkat dari bulan sebelumnya | Meningkat dari bulan sebelumnya | Meningkat dari bulan sebelumnya | Meningkat dari bulan sebelumnya | Meningkat dari bulan sebelumnya |
| 8.2.2 | % peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan | Umum | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 9.1.1 | % kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total) | Medis | | | | | |
| 9.2.1 | % kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap | Keperawatan | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |
| 9.3.1 | % implementasi sistem remunerasi | SDM Diklat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9.3.2 | % jumlah dokter dengan produktiitas di kuadran 1 | Medis | | | | | |
| 10.1.1 | Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun | SDM Diklat | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| 10.2.1 | Rata-rata JPL yang didapatkan melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun | SDM Diklat | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| 11.1.1 | Operating revenue | AKT | Positif | Positif | Positif | Positif | Positif |
| 11.2.1 | Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional | SDM Diklat | | | | | |

| No. | KPI Program Strategis Manager L3 | PIC | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|----------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 11.3.1 | Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional | Penunjang | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% | ≤ 25% |
| 11.3.2 | Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional | AKT | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% |
| 11.3.3 | % penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas | AKT | 25% | 50% | 50% | 75% | 80% |
| 11.3.4 | % penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun) | AKT | 25% | 50% | 50% | 75% | 80% |
| 11.3.5 | % kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGs terbaru | AKT | | | | | |
| 11.3.6 | % klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan) | PPA | 60% | 70% | 80% | 90% | 90% |
| 11.4.1 | Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>) | AKT | ≤ 40 hari | ≤ 40 hari | ≤ 40 hari | ≤ 40 hari | ≤ 40 hari |
| 11.4.2 | Perputaran Utang (<i>Days Payable Turnover</i>) | AKT | ≤ 60 hari | ≤ 60 hari | ≤ 60 hari | ≤ 60 hari | ≤ 60 hari |
| 11.5.1 | Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) | PPA | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 11.5.2 | Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP) | PPA | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 |
| Direktif | Realisasi anggaran | PPA | 95% | 95% | 96% | 96% | 98% |
| Direktif | Nilai kinerja penganggaran | PPA | 90% | 93% | 95% | 97% | 100% |

8. Kebutuhan Anggaran 2025-2029

Tabel 34. Kebutuhan Anggaran 2025-2029

| Uraian | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| BPJS | 53.141.569.708,31 | 63.769.883.649,97 | 66.719.523.351,99 | 70.055.499.519,59 | 84.066.599.423,51 |
| NON BPJS | | | | | |
| Layanan Umum dan IKS | 8.033.027.979,16 | 9.639.633.575,00 | 10.085.509.343,91 | 10.589.784.811,10 | 12.707.741.773,32 |
| Eksekutif | 617.925.229,17 | 741.510.275,00 | 775.808.411,07 | 814.598.831,62 | 977.518.597,95 |
| Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU | 1.064.631.881 | 1.277.558.257 | 1.341.436.170 | 1.408.507.978 | 1.690.209.574 |
| Pendapatan BLU Lainnya | 95.816.869 | 114.980.243 | 120.729.255 | 126.765.718 | 152.118.862 |
| Pendapatan Bunga | 3.563.931.257 | 4.276.717.509 | 4.490.553.384 | 4.715.081.053 | 5.658.097.264 |
| Pendapatan Hibah BLU | - | - | - | - | - |
| Jumlah Pendapatan Operasional | 66.516.902.924 | 79.820.283.509 | 83.533.559.916 | 87.710.237.912 | 105.252.285.494 |
| Beban Operasional | | | | | |
| Beban Pegawai | 43.758.583.976 | 47.259.270.694 | 51.040.012.350 | 55.123.213.338 | 59.533.070.405 |
| Beban Persediaan | 17.431.485.068 | 18.826.003.874 | 19.767.304.067 | 20.755.669.271 | 14.944.081.875 |
| Beban Barang dan Jasa | 23.353.868.050 | 25.222.177.494 | 27.239.951.694 | 29.419.147.829 | 20.021.364.495 |
| Beban Pemeliharaan | 2.000.000.000 | 2.160.000.000 | 1.080.000.000 | 1.134.000.000 | 1.224.720.000 |
| Beban Perjalanan Dinas | 700.000.000 | 756.000.000 | 816.480.000 | 881.798.400 | 952.342.272 |
| Beban Penyusutan dan Amortisasi | 19.387.220.179 | 20.938.197.793 | 22.613.253.617 | 24.422.313.906 | 55.221.265.574 |
| Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih | | | | | |
| Jumlah Beban Operasional | 106.631.157.273 | 115.161.649.855 | 102.614.597.321 | 108.735.690.617 | 151.896.844.620 |

9. Road Map Pengembangan Layanan

Tabel 35. Road Map Pengembangan Layanan

| Layanan Unggulan (KJSU) dan Anggaran | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| A. Layanan Unggulan | | | | | |
| Layanan Kanker (madya) | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM |
| | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana |
| | | layanan kemoterapi paru | layanan kemoterapi | layanan kemoterapi | layanan kemoterapi |
| | | | | hematologi onkologi medik | Oncology Layanan Gastroentero-Hepatologi |
| Layanan Jantung (utama) | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM |
| | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana |
| | | optimalisasi layanan jantung | | Layanan diagnostik invasif dan intervensi non-bedah (pasang ring dan trombektomi) | Pengembangan layanan bedah jantung terbuka |
| | | | | pemenuhan sarpras untuk layanan open heart | layanan bedah jantung terbuka dewasa |
| | | | | PKS Proctorship untuk layanan open heart | |
| | | | | ICCU, ICVCU | |

| Layanan Unggulan (KJSU) dan Anggaran | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|--|
| Layanan Stroke (utama) | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM |
| | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana |
| | peningkatan SDM | optimalisasi layanan stroke | optimalisasi layanan stroke | optimalisasi layanan stroke | layanan klipping |
| | | | Pain Management center | TMS (Transcranial Magnetic Stimulation) | DSA (Digital Substraction Angiography) |
| Layanan Urologi (madya) | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM |
| | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana |
| | | layanan hemodialisa | optimalisasi layanan urologi, CAPD | optimalisasi layanan urologi | optimalisasi layanan urologi |
| | | terapi batu saluran kemih dewasa dengan teknik invasif minimal | skrining dan diagnosis keganasan urologi | | |
| | | | Uro-Nephrology Pediatric Centre | | |
| Layanan KIA (madya) | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM | Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM |
| | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana | Penambahan sarana dan prasarana |
| | Optimalisasi layanan KIA | optimalisasi layanan KIA | optimalisasi layanan KIA | optimalisasi layanan KIA | layanan KIA madya |

| Layanan Unggulan (KJSU) dan Anggaran | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
|--------------------------------------|---|--|------------------------|---|------------------------|
| | persalinan dengan berat bayi >1800 gr atau usia kehamilan >34minggu | layanan kehamilan dengan masalah obstetrik | | tindakan bedah sederhana (contoh atresia ani) | |
| Layanan Paru dan Respirasi | | | Cryosurgery | EBUS (endobronkhial ultrasound) | |
| B. Anggaran | 198.000.000 | 101.834.290.000 | 781.772.700.000 | 324.708.300.000 | 114.589.500.000 |
| Alat Kesehatan | 198.000.000 | 2.421.800.000 | 24.120.000.000 | | 114.589.500.000 |
| Renovasi Gedung IBS | | 2.000.000.000 | | | |
| DED Gedung Pelayanan | | 97.412.490.000 | | | |
| Pembangunan Gedung Pelayanan | | | 757.652.700.000 | 324.708.300.000 | |

10. Matrik Program dan Kegiatan

Tabel 36. Matrik Program dan Kegiatan

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|--|---|--|------------------------------|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 1 | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung | tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei kepuasan pasien | Memperbaiki fasilitas parkir | 1. Pembuatan dan penerapan peraturan zonasi parkir 2. Pembaharuan KSO parkir | 1. Pemasangan marka dan rambu 2. Pembayaran parkir non tunai | 1. Sewa lahan parkir (apabila terdampak pembangunan gedung layanan) | 1. Pembangunan gedung parkir 2. Pembaharuan KSO parkir | 1. Penerapan <i>smart parking system</i> (sensor parkir untuk menunjukkan area yang masih tersedia) |
| | | | tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei kepuasan pasien | Memperbaiki fasilitas taman | Penghijauan dan peningkatan taman | Penghijauan dan peningkatan taman | Penghijauan dan peningkatan taman | Penghijauan dan peningkatan taman | Penghijauan dan peningkatan taman |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|-------------------|---------------------|--|------------------------------------|--|--|--|---|------------------------|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | | tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei kepuasan pasien | Memperbaiki fasilitas toilet | 1. Pemasangan fasilitas khusus untuk lansia dan penyandang disabilitas | 1. Pemasangan fasilitas khusus untuk lansia dan penyandang disabilitas 2. Penyediaan QR code di setiap toilet yg memungkinkan pasien melaporkan kondisi toilet secara real time | 1. Penyusunan design toilet sesuai ketentuan | 1. Pembangunan toilet baru dengan standar kebersihan tinggi, sensor flush, sabun cuci tangan otomatis (bagian dari gedung pelayanan baru) | Monev dan pemeliharaan |
| | | | tingkat kepuasan pasien terhadap fasilitas pendukung pada survei kepuasan pasien | Memperbaiki fasilitas ruang tunggu | Menyediakan sarana pendukung: area khusus menyusui | Penambahan sarana pendukung untuk kenyamanan pengunjung | 1. Penyusunan design ruang tunggu sesuai ketentuan | Pembangunan ruang tunggu yang lebih nyaman dan ramah pasien (seperti tanaman hijau, pencahayaan alami), musik latar utk menciptakan suasana yang lebih tenang (bagian dari gedung pelayanan baru) | Monev dan pemeliharaan |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|-------------------|---|---|--|---|--|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | | Persentase progres pembangunan - thn 1: 100% dokumen AMDAL dan ANDALALIN - thn 2: 100% Usulan penghapusan gedung dan PBG - thn 3 dan 4: 90-100% pembangunan selesai sesuai timeline proyek - thn 5: gedung mulai digunakan dlm waktu X bulan setelah serah terima | Pembangunan gedung pelayanan | 1. Penyusunan AMDAL 2. Penyusunan ANDALALIN 3. Penyusunan blue book | 1. Penyusunan green book 2. Penyusunan DED 3. Penyusunan PBG (persetujuan bangunan gedung) 4. Usulan penghapusan gedung 5. Lelang penghapusan gedung 6. Lelang pembangunan gedung | Pembangunan gedung pelayanan | Pembangunan gedung pelayanan dan pemenuhan sarana prasarana penunjangnya | Operasional gedung |
| | | Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD | - % capaian waktu masuk rawat inap < 60 menit - % capaian realisasi rencana pasien pulang yang dilakukan H-1 (1x24jam) seblm pasien pulang | Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|-------------------|---------------------|--|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | | % capaian waktu pelayanan rajal tanpa pemeriksaan penunjang <120 menti | Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan | 1. Peningkatan koordinasi antar unit 2. Optimaslisasi pendaftaran melalui mobile JKN dan pendaftaran online 3. Pengaturan jam <i>check in</i> | 1. Peningkatan koordinasi antar unit 2. Optimaslisasi pendaftaran melalui mobile JKN dan pendaftaran online 3. Pengaturan jam <i>check in</i> | 1. Peningkatan koordinasi antar unit 2. Optimaslisasi pendaftaran melalui mobile JKN dan pendaftaran online 3. Pengaturan jam <i>check in</i> | 1. Peningkatan koordinasi antar unit 2. Optimaslisasi pendaftaran melalui mobile JKN dan pendaftaran online 3. Pengaturan jam <i>check in</i> | 1. Peningkatan koordinasi antar unit 2. Optimaslisasi pendaftaran melalui mobile JKN dan pendaftaran online 3. Pengaturan jam <i>check in</i> |
| | | | % pembatalan waktu operasi elektif | Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev |
| | | | % waktu tunggu pelayanan radiologi < 60 menit | Memperbaiki waktu pelayanan radiologi | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev |
| | | | % waktu pemeriksaan lab <60 menit | Memperbaiki waktu pelayanan lab | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev |
| | | | % capaian waktu pelayanan IGD <4jam | Memperbaiki waktu pelayanan IGD | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev | 1. Melakukan monev 2. Melaksanakan tindaklanjut hasil monev |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|---|---|--|--|---|---|---|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien | % pengurangan jumlah keluhan pasien | Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i> | 1. Perencanaan dan implementasi budaya kerja baru di RSUP Surakarta 2. Training <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> | Monev budaya kerja, <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> | Monev budaya kerja, <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> | Monev budaya kerja, <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> | Monev budaya kerja, <i>hospitality</i> dan <i>service excellence</i> |
| | | | % pengurangan jumlah keluhan pasien | Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien | Standardisasi sistem administrasi penanganan keluhan pasien | Peningkatan kompetensi bagi petugas informasi dan humas | Membentuk call centre penanganan keluhan pasien | Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan | Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan |
| | | | durasi rata-rata waktu penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis | Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis | Standarisasi waktu respon dan penyelesaian | Peningkatan kompetensi bagi tenaga teknis lapangan | Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan | Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan | Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan |
| 2 | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas | 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 | - identifikasi dan klasifikasi RS yang diampu | - Penyusunan panduan pembinaan - pembentukan tim pembina dan konsultan | - pelaksanaan sesi konsultasi rutin - pembentukan forum komunikasi - pelatihan SDM RS yang diampu | Monev kinerja RS Jejaring dan pendampingan dalam akreditasi | transformasi RS Jejaring menuju kemandirian |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|---|---|--|---|---|--|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 3 | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset | % riset yang memberikan pendapatan, termasuk hibah, penelitian translasional, dan uji klinis | Memiliki layanan unggulan berbasis riset | 1. Implementasi CRU di RSUP Surakarta 2. Pelaksanaan penelitian Kolaborasi 3. Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian | 1. Pelaksanaan penelitian Kolaborasi 2. Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian | 1. Pelaksanaan penelitian Kolaborasi 2. Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian | 1. Pelaksanaan penelitian Kolaborasi 2. Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian | 1. Pelaksanaan penelitian Kolaborasi 2. Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian |
| | | Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional | Jumlah penelitian translasional yang sudah dipublikasikan di jurnal internasional | Melakukan kegiatan riset dan penelitian | | | | | |
| 4 | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi | % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record | Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi | pengembangan SIMRS | -pengembangan SIMRS -pengembangan infrastruktur TIK RS | Pengembangan dan perencanaan infrastruktur jaringan internet di gedung layanan baru | Pemasangan jaringan internet di gedung layanan baru | Penambahan sarana dan prasarana IT (PC, printer, CCTV, Wifi) |
| | | | % pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan medical record | Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi | pengembangan LIS dan PACS | Optimalisasi fitur pasien online | Upgrade sistem manajemen administrasi RS dengan ERP Sistem | Upgrade sistem manajemen administrasi RS dengan ERP Sistem | Upgrade sistem manajemen administrasi RS dengan ERP Sistem |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|---|---|---|--|---|--|---|---|---|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | Menerapkan digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi | Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover) | Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi | Interkoneksi SAKTI | Interkoneksi SAKTI | Pengembangan SIMRS modul <i>inventory</i> | Pengembangan SIMRS modul <i>inventory</i> | Pengembangan SIMRS modul <i>inventory</i> |
| | | 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 | 1. Penyusunan perencanaan berbasis e katalog 2. Penyusunan kebijakan Dirut tentang pengadaan barang dan jasa | 1. Penyusunan perencanaan berbasis e bkatalog 2. Peningkatan kompetensi tim pengadaan 3. Pelatihan budaya anti korupsi | 1. Penyusunan perencanaan berbasis e katalog 2. Monev pengadaan barang jasa | 1. Penyusunan perencanaan berbasis e katalog 2. Monev pengadaan barang jasa | 1. Penyusunan perencanaan berbasis e katalog 2. Monev pengadaan barang jasa |
| 5 | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM) | Skor BLU maturity rating aspek finansial | Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial | optimalisasi idle cash | optimalisasi idle cash | optimalisasi idle cash | optimalisasi idle cash | optimalisasi idle cash |
| | | | Skor BLU maturity rating aspek pelayanan dan TQM | Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan | 1. Mengendalikan waktu tunggu pelayanan 2. Menindaklanjuti hasil survey IKM 3. Mengembangkan jumlah dan jenis layanan | 1. Mengendalikan waktu tunggu pelayanan 2. Menindaklanjuti hasil survey IKM 3. Mengembangkan jumlah dan jenis layanan | 1. Mengendalikan waktu tunggu pelayanan 2. Menindaklanjuti hasil survey IKM 3. Mengembangkan jumlah dan jenis layanan | 1. Mengendalikan waktu tunggu pelayanan 2. Menindaklanjuti hasil survey IKM 3. Mengembangkan jumlah dan jenis layanan | 1. Mengendalikan waktu tunggu pelayanan 2. Menindaklanjuti hasil survey IKM 3. Mengembangkan jumlah dan jenis layanan |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|--|--|-----------------------------|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 6 | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | Meningkatkan utilisasi <i>bed</i> rawat inap | # Bed turnover (BTO) | Meningkatkan efisiensi perawatan pasien | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO |
| | | | # Bed turnover (BTO) | Meningkatkan produktivitas SDM dan alat | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO 3. Meningkatkan branding layanan | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO 3. Meningkatkan branding layanan | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO 3. Meningkatkan branding layanan | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO 3. Meningkatkan branding layanan | 1. Meningkatkan kunjungan rawat inap 2. Monev BOR, LOS, TOI, BTO 3. Meningkatkan branding layanan |
| | | Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV | % jumlah pasien rawat jalan | Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan | 1. Meningkatkan branding layanan 2. Menambah jumlah dan jenis layanan | 1. Meningkatkan branding layanan 2. Menambah jumlah dan jenis layanan | 1. Meningkatkan branding layanan 2. Menambah jumlah dan jenis layanan | 1. Meningkatkan branding layanan 2. Menambah jumlah dan jenis layanan | 1. Meningkatkan branding layanan 2. Menambah jumlah dan jenis layanan |
| | | Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV | utilisasi ruang OK | Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah | 1. Meningkatkan kapasitas SDM 2. Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah | 1. Meningkatkan kapasitas SDM 2. Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah | 1. Meningkatkan kapasitas SDM 2. Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah 3. Penambahan ruang operasi | 1. Meningkatkan kapasitas SDM 2. Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah 4. Penambahan ruang operasi (bagian dari gedung pelayanan baru) | 1. Meningkatkan kapasitas SDM 2. Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|---|--|---|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya | % pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS) | Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi | pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi |
| 7 | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i> | Capaian indikator klinis sesuai PPK | Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i> | Pendidikan dan pelat tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK | Pendidikan dan pelat tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK | Pendidikan dan pelat tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK | Pendidikan dan pelat tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK | Pendidikan dan pelat tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK |
| | | | Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM) | Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i> | Monev kepatuhan CP dan PPK | Monev kepatuhan CP dan PPK | Monev kepatuhan CP dan PPK | Monev kepatuhan CP dan PPK | Monev kepatuhan CP dan PPK |
| | | Meningkatkan mutu layanan unggulan | (indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) | Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK) | Penyusunan PPK layanan unggulan | Penyusunan PPK layanan unggulan | Penyusunan PPK | Penyusunan PPK | Penyusunan PPK |
| | | | (indikator standar klinis sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) | Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan | Reviu PPK seluruh layanan klinis | Reviu PPK seluruh layanan klinis | Reviu PPK seluruh layanan klinis | Reviu PPK seluruh layanan klinis | Reviu PPK seluruh layanan klinis |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|--|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 8 | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN | % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya | Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS | 1. Mengembangkan digital marketing | 1. Mengembangkan digital marketing | 1. Mengembangkan digital marketing | 1. Mengembangkan digital marketing | 1. Mengembangkan digital marketing |
| | | | % peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya | Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN |
| | | | % target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS | Mengembangkan layanan non-JKN | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN 4. Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll) | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN 4. Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll) | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN 4. Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll) | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN 4. Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll) | 1. Pengembangan kerjasama asuransi 2. Meningkatkan branding dan marketing 3. Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN 4. Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll) |
| | | | % target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS | Mengimplementasi pola tarif non-JKN | Penyesuaian tarif layanan berdasarkan analisis biaya dan daya beli pasien. | Monev pola tarif non-JKN | Monev pola tarif non-JKN | Monev pola tarif non-JKN | Monev pola tarif non-JKN |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|--|--|---|---|---|---|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| 9 | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 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 - Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap | Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan |
| | | | Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM | Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan | 1. Penyediaan sarana prasarana 2. Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan |
| | | | Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM | Mengimplementasi pola remunerasi | 1. Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru 2. Pengembangan sistem reward dan punishment | 1. Monev sistem reward dan punishment 2. Pengembangan sistem-remunerasi dan payroll karyawan | Monev implementasi pola remunerasi | Monev implementasi pola remunerasi | Monev implementasi pola remunerasi |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|---|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi | - % Nakes yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun - % Named yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL per orang per tahun | Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named | Pengembangan kompetensi Nakes dan Named | Pengembangan kompetensi Nakes dan Named | Pengembangan kompetensi Nakes dan Named | Pengembangan kompetensi Nakes dan Named | Pengembangan kompetensi Nakes dan Named |
| 10 | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | Meningkatkan efisiensi keuangan RSV | - EBITDA - % operating margin - % gross margin | Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan | 1. Menjalin KSO 2. Pengembangan pelayanan 3. Meningkatkan produktifitas alkes | 1. Menjalin KSO 2. Pengembangan pelayanan 3. Meningkatkan produktifitas alkes | 1. Menjalin KSO 2. Pengembangan pelayanan 3. Meningkatkan produktifitas alkes | 1. Menjalin KSO 2. Pengembangan pelayanan 3. Meningkatkan produktifitas alkes | 1. Menjalin KSO 2. Pengembangan pelayanan 3. Meningkatkan produktifitas alkes |
| | | | - EBITDA - % operating margin - % gross margin | Mengendalikan beban terhadap pendapatan | 1. Optimalisasi SDM 2. Pengendalian biaya pasien JKN 3. Standarisasi formularium rumah sakit | 1. Optimalisasi SDM 2. Pengendalian biaya pasien JKN 3. Monev formularium rumah sakit 4. Swakelola pemeliharaan | 1. Optimalisasi SDM 2. Pengendalian biaya pasien JKN 3. Monev formularium rumah sakit 4. Swakelola pemeliharaan | 1. Optimalisasi SDM 2. Pengendalian biaya pasien JKN 3. Monev formularium rumah sakit 4. Swakelola pemeliharaan | 1. Optimalisasi SDM 2. Pengendalian biaya pasien JKN 3. Monev formularium rumah sakit 4. Swakelola pemeliharaan |
| | | | - EBITDA - % operating margin - % gross margin | Menerapkan standar unit cost pelayanan | Perhitungan unit cost berbasis Activity Based costing | Monev penerapan standar unit cost | Monev penerapan standar unit cost | Monev penerapan standar unit cost | Monev penerapan standar unit cost |

| No. | Sasaran strategis | Inisiatif Strategis | KPI (L2) | Program Strategis | Fase 1 | | Fase 1 | | Fase 3 |
|-----|-------------------|---|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 |
| | | | - EBITDA - % operating margin - % gross margin | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala | Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala |
| | | | - EBITDA - % operating margin - % gross margin | Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan | -Penegakan standar dokumentasi yang lengkap, jelas, dan sesuai regulasi. - peningkatan kapasitas petugas koding | - penguatan integrasi antara sistem rumah sakit dengan aplikasi BPJS (VClaim, E-Klaim). | Pelatihan berkala untuk dokter dan perawat tentang diagnosis dan kodefikasi sesuai standar INA-CBGs. | evaluasi dan perbaikan berkelanjutan | evaluasi dan perbaikan berkelanjutan |
| | | Memperkuat cadangan modal strategis | net cash flow | Meningkatkan likuiditas keuangan | Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif | Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif | Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif | Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif | Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif |
| | | Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan | Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP) | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian | Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian |
| | | | Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP) | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan | Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan |

11. Mitigasi Risiko

a. Identifikasi Risiko

1) Kategori Risiko

Kategori Risiko sangat penting dalam menjamin identifikasi risiko yang komprehensif dan pengikhtisaran atau pelaporan risiko. Kategori Risiko disusun sesuai dengan kondisi lingkungan di RSUP Surakarta. Kategori Risiko Minimal di RSUP Surakarta sebagai berikut:

Tabel 37. Kategori Risiko

| No. | Kategori Risiko | Definisi |
|-----|------------------------|--|
| 1 | Risiko Kebijakan | Risiko yang disebabkan oleh adanya penetapan kebijakan organisasi, baik internal maupun eksternal yang berdampak langsung terhadap organisasi |
| 2 | Risiko Reputasi | Risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan masyarakat yang bersumber dari persepsi negatif organisasi |
| 3 | Risiko Fraud - Korupsi | Risiko yang disebabkan oleh kecurangan yang disengaja oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara |
| 4 | Risiko Legal | Risiko yang disebabkan oleh adanya tuntutan hukum kepada organisasi |
| 5 | Risiko Kepatuhan | Risiko yang disebabkan oleh organisasi atau pihak eksternal tidak mematuhi dan atau tidak melaksanakan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku |
| 6 | Risiko Operasional | Risiko yang disebabkan oleh (a) ketidakcukupan dan atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia dan gangguan sistem (b) adanya gangguan eksternal yang mempengaruhi operasional organisasi |
| 7 | Risiko Keuangan | Risiko yang disebabkan oleh segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja organisasi |

2) Kategori Dampak

Metode estimasi level dampak berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang penerapan manajemen risiko di lingkungan kementerian kesehatan dikategorikan sebagai berikut :

Tabel 38. Kategori Dampak Risiko

| Kategori Risiko | Tingkat | Level Dampak | | | | |
|------------------|-----------|---|--|--|--|--|
| | | Tidak Signifikan | Kecil | Sedang | Besar | Katastropik |
| Risiko Kebijakan | UPR TK II | 1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan/sasaran/indikator | 1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja meskipun tidak | 1. Mengganggu pencapaian tujuan/sasaran /indikator kinerja secara signifikan | 1. Sebagian kecil pencapaian tujuan/sasaran/indikator kinerja gagal dilaksanakan | 1. Sebagian besar pencapaian tujuan/sasaran /indikator |

| Kategori Risiko | Tingkat | Level Dampak | | | | |
|------------------------|-----------|---|--|---|---|---|
| | | Tidak Signifikan | Kecil | Sedang | Besar | Katastropik |
| | | kinerja secara umum 2. Hanya berdampak pada satu pihak | signifikan 2. Berdampak pada 2 pihak | 2. Berdampak pada 3 pihak | 2. Berdampak pada 4 pihak | kinerja gagal dilaksanakan 2. Berdampak pada lebih dari 4 pihak |
| Risiko Reputasi | UPR TK II | 1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi ≤ 20 2. Jumlah investor/pemberi hibah \geq 3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Sangat Baik | 1. Jumlah keluhan secara lisan (dapat didokumentasikan)/tertulis ke organisasi 21 – 30 2. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 4 3. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Baik | 1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa lokal 3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 3 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Kurang Baik | 1. Pemberitaan negatif yang masif di media sosial 2. Pemberitaan negatif di media massa nasional 3. Jumlah investor/pemberi hibah ≤ 2 4. Tingkat kepuasan pengguna layanan = Tidak Baik | 1. Jumlah investor/pemberi hibah = 0 2. Pemberitaan negatif di media massa internasional |
| Risiko Fraud - Korupsi | UPR TK II | Kerugian Keuangan ≤ 1 - <5 JT | Kerugian Keuangan >5 JT- 10 JT | Kerugian Keuangan > 10 Juta - 20 Juta | Kerugian Keuangan > 20 Juta - 100 juta | Kerugian Keuangan >100 Juta |
| Risiko Legal | UPR TK II | Perdata ≤ 25 juta | Perdata >25 Juta - 50 juta | 1. Perdata 50 juta - 100 juta 2. Administratif : tergugat merupakan pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara | 1. Pidana: ≤ 1 tahun atau tersangka / terdakwa : Pejabat dibawah eselon II atau pejabat yang setara 2. Perdata > 100 juta sampai dengan 1 Milyar 3. Administratif : tergugat merupakan pejabat eselon II, atau pejabat yang setara | 1. Pidana >1 tahun atau tersangka / terdakwa : Pejabat Eselon II atau pejabat yang setara 2. Perdata >1 Milyar |
| Risiko Kepatuhan | UPR TK II | 1. Tidak berdampak pada pencapaian tujuan kegiatan | 1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan meskipun | 1. Mengganggu pencapaian tujuan kegiatan secara | 1. Sebagian tujuan kegiatan gagal dilaksanakan | 1. Sebagian besar tujuan kegiatan gagal |

| Kategori Risiko | Tingkat | Level Dampak | | | | |
|--------------------|-----------|--|---|--|--|---|
| | | Tidak Signifikan | Kecil | Sedang | Besar | Katastropik |
| | | secara umum 2. Dampaknya dapat ditangani pada tahap kegiatan rutin. | tidak signifikan 2. Mengancam efisiensi dan efektivitas beberapa aspek kegiatan. | signifikan. 2. Mengganggu kegiatan pelayanan secara signifikan | 2. Mengancam fungsi kegiatan yang efektif | dilaksanakan 2. Mengancam Pelaksanaan Kegiatan |
| Risiko Operasional | UPR TK II | Terganggunya pelayanan kurang dari satu hari kerja | Terganggunya pelayanan lebih dari 1 hari kerja hingga 2 hari kerja | Terganggunya pelayanan lebih dari 2 hari kerja hingga 3 hari kerja | Terganggunya pelayanan lebih dari 3 hari kerja hingga 5 hari kerja | Terganggunya pelayanan lebih 5 hari kerja |

3) Probabilitas

Penentuan nilai probabilitas berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang penerapan manajemen risiko di lingkungan kementerian kesehatan dikategorikan sebagai berikut :

| Level Kemungkinan | Kriteria Kemungkinan | | |
|--------------------------|-------------------------|---|--|
| | Non Low Frequency Event | Low Frequency Event | |
| | Probabilitas | Jumlah frekuensi | |
| Jarang (1) | $P \leq 1\%$ | < 2 kali dalam 12 bulan terakhir | 5 kejadian dalam 60 bulan terakhir |
| Kemungkinan Kecil (2) | $1\% < P \leq 10\%$ | 2 kali s.d 5 kali dalam 12 bulan terakhir | Minimal 1 kejadian dalam 60 bulan terakhir |
| Kemungkinan Sedang (3) | $10\% < P \leq 20\%$ | 6 s.d 9 kali dalam 12 bulan terakhir | Minimal 1 kejadian dalam 36 bulan terakhir |
| Kemungkinan Besar (4) | $20\% < P \leq 50\%$ | 10 kali s.d 12 kali dalam 12 bulan terakhir | Minimal 1 kejadian dalam 24 bulan terakhir |
| Hampir Pasti Terjadi (5) | $P > 50\%$ | > 12 kali dalam 12 bulan terakhir | Minimal 1 kejadian dalam 12 bulan terakhir |

Gambar 2. Probabilitas Risiko

4) Selera Risiko

Selera risiko merupakan kebijakan yang menjadi acuan dalam menentukan apakah suatu risiko perlu ditangani atau tidak. Selera risiko mencerminkan bagaimana organisasi menyeimbangkan efisiensi, pertumbuhan, hasil dan risiko. Batas selera risiko di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1354/2024 tentang penerapan manajemen risiko di lingkungan kementerian kesehatan berada di angka 9 (sembilan), sehingga risiko yang mempunyai nilai ≥ 9 perlu dilakukan mitigasi risiko dan yang < 9 risiko tersebut dapat diterima. Selera risiko dapat dilihat seperti pada tabel berikut:



Gambar 3. Matrik Kemungkinan dan Dampak Risiko

5) Identifikasi Risiko

Tabel 39. Identifikasi Risiko

| No. | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO |
|-----|--|---|----------------------------------|
| 1 | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1. CSAT | Pelanggan Komplain |
| | | | Review tidak baik dari pelanggan |
| | | | Pasien Pindah ke Fasyankes lain |
| 2 | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan | 2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | Tidak ada kegiatan penelitian |
| | | | Tidak ada penelitian kolaborasi |

| No. | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO |
|-----|--|---|--|
| 3 | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 3. Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan | Downtime rate tinggi Kebocoran data |
| 4 | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | 4. Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. | Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. |
| 5 | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | 5. Bed occupancy rate (BOR) | Penundaan renovasi gedung rawat inap Pasien menunggu di ruang IGD |
| 6 | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 6. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates | Kurangnya ketersediaan handrub Petugas tidak melakukan cuci tangan Kurangnya kepatuhan petugas |
| | | 7. Pasien stroke iskemik LOS < 7 hari | Terapi /pengobatan tidak sesuai dengan protokol yang ada Penggunaan obat dibatasi |
| | | 8. Pasien stroke iskemik pulang dalam keadaan hidup | Pasien stroke tidak segera datang ke RSUP Surakarta Pasien stroke ditangani oleh petugas jaga UGD |
| 7 | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan | 9. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | Ruang tunggu klinik eksekutif kurang nyaman Pasien tidak dapat masuk rawat inap VIP |
| 8 | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 10. Skor tingkat kepuasan pegawai | Menurunnya motivasi kerja pegawai |
| | | 11. Training Effectiveness Index (TEI) | Pegawai tidak kompeten Capaian JPL tidak tercapai |
| 9 | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | 12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | Pendapatan tidak sesuai target |

b. Penilaian Tingkat Risiko atau Analisa Risiko

Pada tahap ini menguraikan probabilitas dan dampak pada setiap risiko untuk mengidentifikasi, menilai, dan mengelola risiko mana yang dapat memengaruhi kinerja organisasi. Tujuan utama dari analisa risiko adalah untuk memahami potensi ancaman atau peluang yang mungkin terjadi di masa depan, serta dampaknya terhadap pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

Tabel 40. Penilaian Tingkat Risiko atau Analisa Risiko

| No. | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO | P | D | BOBOT | NILAI | TINGKAT RISIKO |
|-----|--|---|---|---|---|-------|-------|----------------|
| 1 | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1. CSAT | Pelanggan Komplain | 2 | 2 | 1,8 | 7,2 | Rendah |
| | | | Review tidak baik dari pelanggan | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| | | | Pasien Pindah ke Fasyankes lain | 2 | 4 | 1,9 | 15,2 | Tinggi |
| 2 | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan | 2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | Tidak ada kegiatan penelitian | 3 | 3 | 1,43 | 13 | Sedang |
| | | | Tidak ada penelitian kolaborasi | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| 3 | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 3. Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan | Downtime rate tinggi | 5 | 3 | 1,13 | 17 | Tinggi |
| | | | Kebocoran data | 1 | 4 | 3 | 12 | Sedang |
| 4 | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | 4. Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. | Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. | 4 | 2 | 1,19 | 10 | Sedang |
| 5 | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | 5. Bed occupany rate (BOR) | Penundaan renovasi gedung rawat inap | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang |
| | | | Pasien menunggu di ruang IGD | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang |
| 6 | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 6. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates | Kurangnya ketersediaan handrub | 1 | 2 | 1,5 | 3 | Sangat Rendah |
| | | | Petugas tidak melakukan cuci tangan | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| | | | Kurangnya kepatuhan petugas | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| | | 7. Pasien stroke iskemik LOS < | Terapi /pengobatan tidak sesuai dengan protokol | 1 | 4 | 3 | 12 | Sedang |

| No. | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO | P | D | BOBOT | NILAI | TINGKAT RISIKO |
|-----|--|---|---|---|---|-------|-------|----------------|
| | | 7 hari | yang ada | | | | | |
| | | | Penggunaan obat dibatasi | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang |
| | | 8. Pasien stroke iskemik pulang dalam keadaan hidup | Pasien stroke tidak segera datang ke RSUP Surakarta | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| | | | Pasien stroke ditangani oleh petugas jaga UGD | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah |
| 7 | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan | 9. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | Ruang tunggu klinik eksekutif kurang nyaman | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang |
| | | | Pasien tidak dapat masuk rawat inap VIP | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang |
| 8 | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 10. Skor tingkat kepuasan pegawai | Menurunnya motivasi kerja pegawai | 2 | 3 | 1,83 | 10,98 | Sedang |
| | | 11. Training Effectiveness Index (TEI) | Pegawai tidak kompeten | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang |
| | | | Capaian JPL tidak tercapai | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang |
| 9 | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | 12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | Pendapatan tidak sesuai target | 2 | 4 | 1,9 | 15,2 | Tinggi |

Deskripsi status risiko dan level risiko dalam peta risiko menggunakan kode warna sebagai berikut:

| Warna | Deskripsi Status Risiko | Level | Dimulai Dari Status Risiko |
|-------------|-------------------------|-------|----------------------------|
| Merah | Sangat Tinggi | 5 | 20 - 25 |
| Kuning Tua | Tinggi | 4 | 15 - 19 |
| Kuning Muda | Sedang | 3 | 10 - 14 |
| Hijau | rendah | 2 | 5 - 9 |
| Biru | Sangat Rendah | 1 | 1 - 4 |

Gambar 4. Kode Warna Level Risiko

c. Rencana Mitigasi Risiko

Setelah masing-masing risiko dilakukan penilaian tingkat risiko atau analisa risiko diperoleh hasil yang beragam. Untuk yang tingkat risiko nilainya diatas selera risiko (angka 9) maka langkah selanjutnya dilakukan mitigasi risiko.

Tabel 41. Rencana Mitigasi Risiko

| No | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO | P | D | BOBOT | NILAI | TINGKAT RISIKO | MITIGASI RISIKO |
|----|---|---|----------------------------------|---|---|-------|-------|----------------|---|
| 1 | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1. CSAT | Pelanggan Komplain | 2 | 2 | 1,8 | 7,2 | Rendah | |
| | | | Review tidak baik dari pelanggan | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |
| | | | Pasien Pindah ke Fasyankes lain | 2 | 4 | 1,9 | 15,2 | Tinggi | Monev pencapaian kecepatan respon terhadap kritik saran masukan pelanggan |
| 2 | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang | 2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | Tidak ada kegiatan penelitian | 3 | 3 | 1,43 | 13 | Sedang | Monitoring dan evaluasi kegiatan penelitian |
| | | | Tidak ada penelitian kolaborasi | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |

| No | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO | P | D | BOBOT | NILAI | TINGKAT RISIKO | MITIGASI RISIKO |
|----|--|---|--|---|---|-------|-------|----------------|---|
| | berkesinambungan | | | | | | | | |
| 3 | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 3. Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan | Downtime rate tinggi | 5 | 3 | 1,13 | 17 | Tinggi | Penjadwalan berkala |
| | | | Kebocoran data | 1 | 4 | 3 | 12 | Sedang | Melakukan verifikasi sistem saat login |
| 4 | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | 4. Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. | Anggaran tidak termanfaatkan secara optimal. | 4 | 2 | 1,19 | 10 | Sedang | Monev penempatan deposito |
| 5 | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | 5. Bed occupancy rate (BOR) | Penundaan renovasi gedung rawat inap | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang | Monev secara rutin |
| | | | Pasien menunggu di ruang IGD | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang | Monev secara rutin |
| 6 | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 6. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates | Kurangnya ketersediaan handrub | 1 | 2 | 1,5 | 3 | Sangat Rendah | |
| | | | Petugas tidak melakukan cuci tangan | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |
| | | | Kurangnya kepatuhan petugas | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |
| | | 7. Pasien stroke iskemik LOS < 7 hari | Terapi /pengobatan tidak sesuai dengan protokol yang ada | 1 | 4 | 3 | 12 | Sedang | Rutinitas monev, analisis dan tindak lanjut hasil monev |
| | | | Penggunaan obat dibatasi | 2 | 3 | 1,83 | 11 | Sedang | Monev terkait kebijakan terkait pending klaim |
| | | 8. Pasien stroke iskemik pulang dalam keadaan hidup | Pasien stroke tidak segera datang ke RSUP Surakarta | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |
| | | | Pasien stroke ditangani oleh petugas jaga UGD | 1 | 3 | 2 | 6 | Rendah | |
| 7 | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif | 9. Persentase pendapatan non-JKN terhadap | Ruang tunggu klinik eksekutif kurang nyaman | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang | Monev secara rutin |

| No | SASARAN STRATEGIS | IKU | RISIKO | P | D | BOBOT | NILAI | TINGKAT RISIKO | MITIGASI RISIKO |
|----|--|---|---|---|---|-------|-------|----------------|--|
| | dan berfokus kepada pelanggan | pendapatan keseluruhan RS | Pasien tidak dapat masuk rawat inap VIP | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang | Monev secara rutin |
| 8 | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | 10. Skor tingkat kepuasan pegawai | Menurunnya motivasi kerja pegawai | 2 | 3 | 1,83 | 10,98 | Sedang | Penataan SDM Sesuai dengan profesi |
| | | 11. Training Effectiveness Index (TEI) | Pegawai tidak kompeten | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang | Monitoring dan evaluasi kegiatan pengembangan kompetensi Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medik |
| | | | Capaian JPL tidak tercapai | 3 | 3 | 1,43 | 12,87 | Sedang | Pengembangan kompetensi 40 JPL masuk dalam kontrak kinerja individu Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medik RSUP Surakarta |
| 9 | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | 12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) | Pendapatan tidak sesuai target | 2 | 4 | 1,9 | 15,2 | Tinggi | 1. Reviu unit cost untuk optimasi tarif 2. Monev efektifitas pengelolaan klaim BPJS |