



# LAPORAN KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA TAHUN 2023



---

---

## **RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA**

Jalan Profesor Dokter R. Soeharso No. 28 Surakarta 57144 Telepon/Faksimile 0271-713055/720002  
surat elektronik: [rsupsurakarta@kemkes.go.id](mailto:rsupsurakarta@kemkes.go.id); laman: [rsupsurakarta.co.id](http://rsupsurakarta.co.id)

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas karunia dan hidayah-Nya, sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta (RSUP) Surakarta tahun 2023 dapat diselesaikan.

LAKIP RSUP Surakarta tahun 2023 ini disusun dalam rangka memenuhi Instruksi Presiden Nomor 7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LAKIP RSUP Surakarta merupakan wujud pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi yang dibebankan kepada RSUP Surakarta selama kurun waktu 2023. Selain itu, laporan ini disusun sebagai sarana pengendalian dan penilaian kinerja dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan instansi pemerintah yang baik dan bersih (*Good Corporate and Clean Government*).

LAKIP RSUP Surakarta disusun mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

LAKIP RSUP Surakarta ini memuat pencapaian atas Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang menyelenggarakan tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan keunggulan di bidang penyakit paru, sebagaimana diamanatkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2022.

Semoga penyusunan LAKIP ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dalam upaya pengembangan RSUP Surakarta kedepan.

Surakarta, 29 Januari 2024  
Direktur Utama RSUP Surakarta,



**dr. Jamilatun Rosidah, MM**

Dalam upaya mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) menuntut pelaksanaan kegiatan di setiap lingkungan instansi pemerintahan yang transparan, akuntabel dan dapat dipertanggungjawabkan. Setiap pelaksanaan kegiatan di satuan kerja pemerintah, utamanya di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI harus dilaporkan secara berkala, termasuk pelaksanaan kegiatan di RSUP Surakarta.

Pengukuran terhadap berbagai indikator yang telah ditetapkan RSUP Surakarta selama tahun 2023 memberikan hasil yang beragam, sebagian besar indikator telah mencapai bahkan melebihi dari target yang ditetapkan. Meskipun, masih tetap ada beberapa indikator yang tidak bisa mencapai target yang telah ditetapkan diawal tahun 2023. Secara keseluruhan, pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
1. Terwujudnya kemandirian finansial dan <i>cost effectiveness</i> pelayanan;	1. POBO	48%	75,67%
	2. Audit Laporan Keuangan	WTP	WTP
2. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional;	3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%	81,17%
	4. <i>Nett Death Rate</i>	≤24‰	20.79‰
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> " (melebihi ekpektasi);	5. Persentase Kepuasan Pasien	>85%	85,51%
	6. Persentase respon terhadap complain	100%	100%
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi;	7. Waktu tunggu penanganan kegawat daruratan respirasi di IGD (ERRT)	≤30 menit	1,70 menit
5. Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian;	8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30	30
	9. Jumlah penelitian terpublikasi	2	2
	10. Jumlah pelatihan terakreditasi	2	2
6. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan;	11. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	12	12
	12. Jumlah jejaring komunitas	2	2
	13. Persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT Vertikal	85%	90,32%
7. Terwujudnya RS yang terakreditasi;	14. Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal	Survei Internal
8. Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel;	15. Jumlah Clinical Pathway terpenuhi	37	59
	16. Persentase tindaklanjut temuan audit	100	100%
9. Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;	17. Perijinan terselesaikan	Terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B	Terpenuhi 66,67%

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM;	18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi $\geq 20$ jam	45%	56,08%
11. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi;	19. Persentase sistem IT terintegrasi	80%	94,44%
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B.	20. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i> )	40%	56,50%
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	21. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes	92,5%	100%
	22. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	157,58%
	23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96,02%
	24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%	95,30%
	25. Persentase nilai EBITDA	10%	-32,37%
14. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali
15. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	76,24%
	28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$	91,98%
	29. Penundaan waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$	2,14%
	30. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	$\geq 80\%$	100%
	31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	$\geq 80\%$	87,05%
	32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan	2 Tercapai, 2 NA
16. Meningkatnya mutu pelayanan rujukan kesehatan	33. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan
	34. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan
17. Indikator Mutu Nasional	35. Kepatuhan kebersihan tangan	$\geq 90\%$	91,04%
	36. Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%
	37. Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
	38. Waktu tunggu rawat jalan	$\geq 80\%$	57,83%
	39. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%
	40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\geq 90\%$	99,83%
	41. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	$\geq 85\%$	100%
	42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
18. Indikator RPJMN	43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem	1 sistem
	44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%	100%
	45. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	44,38 menit

Dari 45 indikator kinerja utama yang ada, tercapai sebanyak 40 indikator (88,89%) yang capaiannya  $\geq 100\%$  dan 5 indikator (11,11%) yang capaiannya  $< 100\%$ . Indikator yang belum mencapai target yaitu:

- Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*) sebesar 81,17% (mencapai 95,49%)
- Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 96,02% (mencapai 98,99%)
- Persentase nilai EBITDA sebesar -32,37% (mencapai 50%)
- Waktu tunggu rawat jalan sebesar 57,83% (mencapai 72,29%)
- Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit sebesar 44,38 menit (mencapai 52,07%)

Alokasi anggaran RSUP Surakarta tahun anggaran 2023 adalah sebesar Rp72.650.691.000,- dengan rincian bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp35.219.612.000,- dan dari BLU Rp37.431.079.000,-. Realisasi belanja anggaran tahun 2023 sebesar Rp69.487.221.136,- atau mencapai 95,65% dari alokasi anggaran yang tersedia sebesar Rp72.650.691.000,-.

Sementara pendapatan dari PNBPN pada tahun 2023 mencapai Rp47,274,627,515,- atau mencapai 157,58% dari target pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp30.000.000.000,-.

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>RINGKASAN EKSEKUTIF</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan.....	2
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi .....	2
D. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II PERENCANAAN KINERJA</b> .....	7
A. Program Kerja Tahun 2023.....	8
B. Perjanjian Kinerja.....	13
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA</b> .....	16
A. Capaian Kinerja Organisasi .....	16
B. Analisis Capaian Kinerja.....	18
C. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya .....	63
1. Sumber Daya Manusia .....	63
2. Sumber Daya Anggaran.....	64
D. Sumber Daya .....	65
1. Sumber Daya Manusia .....	65
2. Sumber Daya Anggaran.....	68
3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	69
E. Realisasi Anggaran .....	70
1. Realisasi Pelaksanaan Anggaran 2023 .....	70
2. Realisasi Pendapatan Tahun 2023 .....	70
<b>BAB IV PENUTUP</b> .....	72
A. Kesimpulan .....	72
B. Rencana Tindak Lanjut .....	75
<b>LAMPIRAN</b>	

Tabel 1. Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta tahun 2023.....	13
Tabel 2. Target dan Realisasi atas Pencapaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2023 .....	16
Tabel 3. Rasio Output Layanan dengan SDM (ROLSDM) .....	64
Tabel 4. Pendapatan dengan SDM (PSDM) .....	64
Tabel 5. Perbandingan Biaya RS Tahun 2022 dan 2023 .....	65
Tabel 6. Pegawai RSUP Surakarta berdasar status kepegawaian 2022-2023 .....	65
Tabel 7. Jumlah PNS RSUP Surakarta berdasarkan Jabatan.....	66
Tabel 8. PNS RSUP Surakarta berdasarkan Golongan.....	67
Tabel 9. PNS RSUP Surakarta berdasarkan Usia .....	67
Tabel 10. PNS RSUP Surakarta berdasarkan Pendidikan .....	67
Tabel 11. Anggaran RSUP Surakarta berdasar Kegiatan.....	69
Tabel 12. Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2023.....	69
Tabel 13. Realisasi Anggaran RSUP Surakarta Tahun 2023 .....	70
Tabel 14. Rincian Pendapatan RSUP Surakarta Tahun 2023 .....	71
Tabel 15. Rekapitulasi Capaian IKU Tahun 2023 .....	72

### A. Latar Belakang

Sejarah berdirinya Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta diawali dengan dibentuknya BP4 Surakarta. Dalam perkembangannya, BP4 Surakarta kemudian berubah nama menjadi Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta. Tahun 2011, BBKPM Surakarta mengalami perpindahan menjadi Unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan melalui Surat Penyerahan dari Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Nomor OT.01.01/Bl.4/274/2011 tanggal 26 Januari 2011. Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2354/MENKES/PER/XI/2011 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 532/MENKES/PER/IV/2007 meneguhkan keberadaan BBKPM Surakarta berada di bawah Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dan secara teknis fungsional dibina oleh Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan. Seiring dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian/Lembaga, pada tahun 2017 terbit Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Dalam peraturan tersebut, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan berganti nama menjadi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, dengan adanya perubahan tersebut terhitung tanggal 1 Januari 2018 BBKPM Surakarta berada dibawah koordinasi dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Terbitnya Peraturan Menteri Nomor 61 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta menjadi landasan bagi perubahan status organisasi BBKPM Surakarta menjadi Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan

Pada Tahun 2022 terbit Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagai pengganti Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta.

Sebagai instansi pemerintah dibawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, RSUP Surakarta berkewajiban untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi. Kewajiban tersebut dijabarkan dengan menyiapkan, menyusun dan menyampaikan laporan kinerja. Pelaporan kinerja atau LAKIP dimaksudkan untuk mengevaluasi dan mengkomunikasikan capaian kinerja RSUP Surakarta dalam satu tahun anggaran yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan dan sasaran. LAKIP juga menjelaskan keberhasilan dan kegagalan tingkat kinerja yang dicapai sehingga



kinerja ke depan dapat dilaksanakan secara lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun koordinasi pelaksanaannya. Penyusunan LAKIP RSUP Surakarta juga dimaksudkan untuk mengaplikasikan prinsip transparansi dan akuntabilitas yang merupakan pilar penting pelaksanaan pemerintahan yang baik (*good governance*).

Tahun 2023, adalah tahun keempat dari rangkaian 5 tahun pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta periode 2020-2024. Pada tahun keempat ini, harus diletakkan landasan yang kokoh dalam pelaksanaan kegiatan dan program dalam rangka mencapai visi yang ingin dicapai selama 5 tahun yaitu menjadi Rumah Sakit Umum Pusat kelas B pada tahun 2024. LAKIP RSUP Surakarta disusun mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah serta Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.04/I/1568/12 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Maksud penyusunan LAKIP adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pengelolaan anggaran dan pelaksanaan program/kegiatan dalam rangka mencapai visi dan misi RSUP Surakarta.

Tujuan penyusunan LAKIP adalah menilai dan mengevaluasi pencapaian kinerja kegiatan dan sasaran RSUP Surakarta. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan kemudian dirumuskan beberapa rekomendasi. Diharapkan rekomendasi yang dihasilkan ini dapat menjadi salah satu masukan dalam menetapkan kebijakan dan strategi untuk meningkatkan kinerja RSUP Surakarta.

## **C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi.**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, tugas RSUP Surakarta adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSUP Surakarta menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan rencana, program dan anggaran;
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;

3. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
8. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
9. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
10. Pengelolaan sistem informasi;
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Selain menyelenggarakan fungsi diatas, RSUP Surakarta menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan keunggulan di bidang penyakit paru.

Susunan Organisasi RSUP Surakarta terdiri atas:

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Direktorat Medik dan keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan nonmedis. Direktorat Medik dan keperawatan dipimpin oleh Direktur.

Direktorat Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

- a. pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
- b. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- c. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
- d. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas kelompok jabatan fungsional, instalasi, dan kelompok staf medis.

2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian dipimpin oleh Direktur

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian menyelenggarakan fungsi:

- a. penataan organisasi dan tata laksana;

- b. pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
- c. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan
- e. pemantauan, dan evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

### 3. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional dipimpin oleh Direktur. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan rencana, program dan, anggaran;
- b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. pelaksanaan urusan perbendaharaan;
- d. pelaksanaan anggaran;
- e. pelaksanaan urusan akuntansi;
- f. pengelolaan barang milik negara;
- g. pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- h. pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat;
- i. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- j. pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- k. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- l. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- m. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- n. pelaksanaan urusan tata usaha dan keasipan;
- o. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit, dan
- p. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

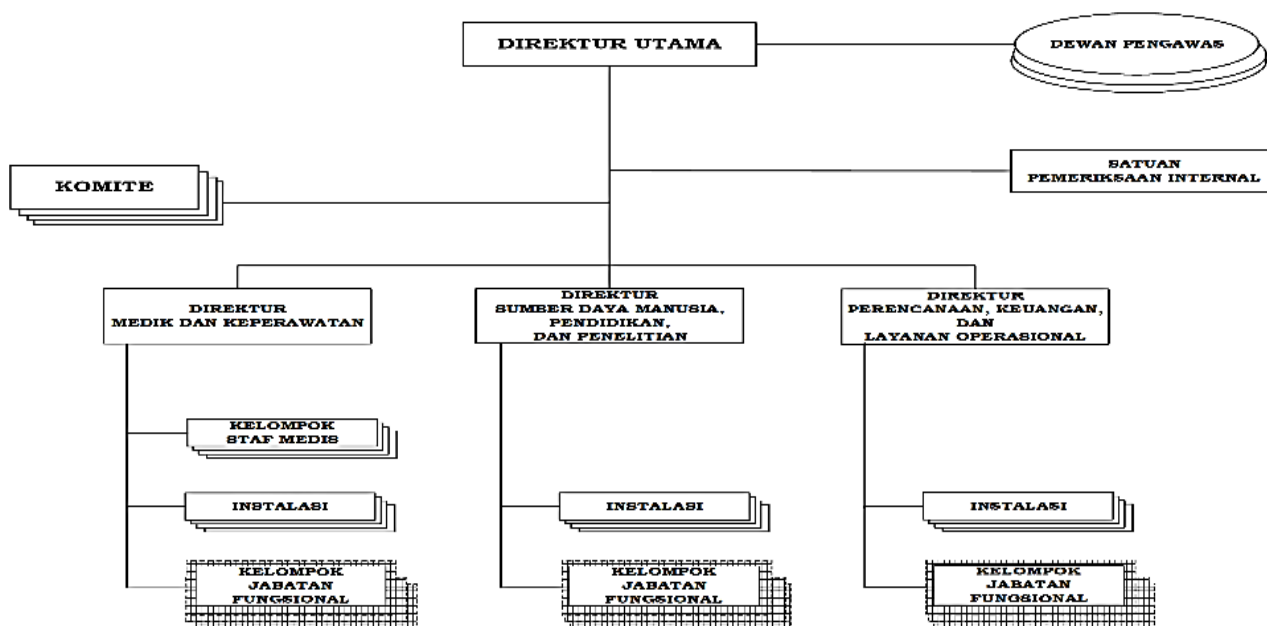
Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

4. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUP Surakarta terdiri dari:

- a. Direktur Utama
- b. Dewan Pengawas
- c. Satuan Pemeriksaan Internal
- d. Komite
- e. Direktur Medik dan Keperawatan
- f. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- g. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional
- h. Kelompok Staf Medis
- i. Kepala Instalasi
- j. Kelompok Jabatan Fungsional

Gambar 1.  
Struktur Organisasi RSUP Surakarta berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2022



#### **D. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Surakarta tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Kata Pengantar

Ikhtisar Eksekutif

Daftar Isi

#### **BAB I. PENDAHULUAN**

Bab I disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama

#### **BAB II. PERENCANAAN KINERJA**

Dalam Bab II dijelaskan mengenai rencana strategi dan rencana kinerja. Pada bab ini juga disampaikan tujuan, sasaran, strategi, program dan kegiatan serta indikator kinerja yang akan dilaksanakan tahun 2023 dalam rangka pencapaian visi dan misi RSUP Surakarta

#### **BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA**

Dalam Bab III diuraikan pengukuran kinerja, sumber daya manusia dan sumber daya anggaran yang menggambarkan kekuatan yang dimiliki, evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja, termasuk di dalamnya menguraikan secara sistematis keberhasilan dan kegagalan, hambatan/kendala dan permasalahan yang dihadapi serta langkah-langkah antisipatif dan perbaikan yang akan diambil.

#### **BAB IV. PENUTUP**

Dalam Bab IV diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

#### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

Pada periode 2020-2024, RSUP Surakarta telah menetapkan visinya sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis yaitu:

### VISI

**"MENJADI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT KELAS B PADA TAHUN 2024"**

Adapun misi RSUP Surakarta adalah:

### MISI

1. Melaksanakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik dengan pelayanan unggulan respirasi terpadu;
2. Mengembangkan sumber daya manusia yang unggul;
3. Melengkapi sarana dan prasarana sesuai standar;
4. Mengembangkan upaya kesehatan masyarakat.

Berdasar perumusan visi dan misi RSUP Surakarta diatas, maka dirumuskan lebih lanjut mengenai sasaran strategis dalam rangka mewujudkan visi dan misi organisasi, yaitu:

1. Terwujudnya kemandirian finansial dan *cost effectiveness* pelayanan;
2. Terwujudnya peningkatan capaian indicator kesehatan nasional;
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan "*beyond experience*" (melebihi ekpektasi);
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi;
5. Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian;
6. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan;
7. Terwujudnya rumah sakit yang terakreditasi;
8. Terwujudnya sistem tatakelola rumah sakit yang transparan dan akuntabel;
9. Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat;
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM;
11. Terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi;
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standar RSU kelas B.

Rumusan sasaran strategis tersebut di atas jika dikelompokkan menurut kerangka 4 komponen utama Design Transformasi RS Vertikal Kementerian Kesehatan maka dihasilkan matrik sebagai berikut:

Komponen	Penjelasan	Sasaran Strategis RSUP Surakarta
A. Perbaikan pengalaman pasien	Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan pasien	1. Terwujudnya pelayanan kesehatan "beyond experience" (melebihi ekspektasi)
B. Peningkatan kualitas pemberi layanan	Meningkatkan produktifitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan	2. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM
C. Peningkatan mutu layanan klinis:	Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktek Klinis (PPK) dan clinical pathway, serta peningkatan riset medis	3. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi 4. Terwujudnya rumah sakit umum pusat surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian
D. Peningkatan tata kelola RS:	Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan	5. Terwujudnya kemandirian finansial dan cost effectiveness pelayanan 6. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan Nasional 7. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan 8. Terwujudnya RS yang terakreditasi 9. Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel 10. Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat 11. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi 12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B

Berkaitan dengan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, telah ditindaklanjuti dengan dilaksanakannya reviu terhadap Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2020-2024 pada tahun 2023.

#### A. Program Kerja Tahun 2023

Untuk mewujudkan VISI dan MISI RSUP Surakarta maka dipastikan langkah-langkah strategi diarahkan untuk mencapai target indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators/KPI*). Dari 12 sasaran strategis, RSUP Surakarta mempunyai 20 indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators/KPI*) sebagai berikut:

- 1) POBO
- 2) Audit laporan keuangan
- 3) Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*)

- 4) *Nett Death Rate*
- 5) Persentase kepuasan pasien
- 6) Persentase respon terhadap komplain
- 7) Waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD (ERRT)
- 8) Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama
- 9) Jumlah penelitian terpublikasi
- 10) Jumlah pelatihan terakreditasi
- 11) Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan
- 12) Jumlah jejaring komunitas
- 13) Persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT Vertikal
- 14) Pencapaian Akreditasi SNARS
- 15) Jumlah Clinical Pathway terpenuhi
- 16) Persentase tindaklanjut temuan audit
- 17) Perijinan terselesaikan
- 18) Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi  $\geq 20$  jam
- 19) Persentase sistem IT terintegrasi
- 20) Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana (*Overall Equipment Effectiveness/OEE*)

Untuk mewujudkan 20 indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators/KPI*) RSUP Surakarta tersebut, ditetapkan program kerja strategis yang bersifat pemantapan, perbaikan dan pengembangan. Program kerja strategis tersebut adalah:

1. Terwujudnya kemandirian finansial dan *cost effectiveness* pelayanan
  - a. Peningkatan kapasitas finansial
    - 1) Peningkatan kunjungan
    - 2) Revisi tariff layanan
    - 3) Pengembangan layanan
  - b. Kendali biaya
    - 1) Pengendalian waktu pengajuan klaim JKN
    - 2) Analisis rasio keuangan
    - 3) Pengendalian biaya pelayanan JKN
    - 4) Peningkatan efisiensi pemanfaatan TT rawat inap
    - 5) Pengendalian BMHP dan Obat
  - c. Penatausahaan keuangan
    - 1) Penyusunan Laporan Keuangan RS



- 2) Penyusunan dan atau update kebijakan/pedoman/prosedur/ Surat Keputusan/SOP
  - 3) Penatalaksanaan DBR yang *update*
  - 4) Audit Laporan Keuangan oleh KAP
2. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional
- a. Penguatan sistem pelayanan TB dan TB MDR;
    - 1) Rapat koordinasi
    - 2) Surveilans dan money TB
    - 3) Promosi Kesehatan TB
    - 4) Pemantauan pasien mangkir
    - 5) Pengendalian faktor risiko (penyuluhan TB)
  - b. Penguatan sistem pelayanan
    - 1) Peningkatan respon time penanganan kasus pasien kritis
    - 2) Pelaksanaan EWS, PEWS, MEOWS sesuai standar
    - 3) Penyediaan obat Live saving
    - 4) Pelaporan kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam
    - 5) Pembuatan/reviu SOP
    - 6) Digitalisasi layanan
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan "*beyond experience*" (melebihi ekpektasi)
- a. Penerapan *service excellent*
    - 1) Pelayanan tepat waktu
    - 2) Ketepatan visit dokter di rawat inap
    - 3) Perbaikan waktu tunggu layanan
    - 4) Survey kepuasan pelanggan internal
    - 5) Survey kepuasan pelanggan eksternal
  - b. Penanganan komplain
    - 1) Pelaporan Tindak lanjut komplain pelanggan
    - 2) Pembinaan SDM yang Excellent
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi
- a. Penguatan sistem pelayanan UGD
    - 1) Peningkatan respon time penanganan kasus pasien respirasi kritis
    - 2) Ketepatan sistem triage pasien respirasi
5. Terwujudnya Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian
- a. Peningkatan kerjasama pendidikan dan pelatihan

- 1) Pemasaran layanan pendidikan dan penelitian
- 2) Perbaikan sarana dan prasarana
- 3) Monitoring dan evaluasi dan koordinasi kerjasama dengan mitra
- b. Publikasi hasil penelitian
  - 1) Pelaksanaan penelitian internal
  - 2) Workshop penulisan artikel publikasi
- c. Pemenuhan standar akreditasi penyelenggara pelatihan unit Diklat
  - 1) Pengajuan akreditasi
  - 2) Kerjasama dengan lembaga pendidikan dan pelatihan yang sudah terakreditasi
  - 3) Penyelenggaraan pelatihan terakreditasi
6. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan
  - a. Pengembangan jejaring
    - 1) Kerjasama pendidikan dan penelitian (jejaring diklit)
    - 2) Kerjasama pelayanan kesehatan (jejaring pelayanan)
  - b. Penguatan jejaring UKM
    - 1) Koordinasi Upaya Kesehatan Masyarakat dengan lintas sektor
    - 2) Melaksanakan kegiatan pengabdian masyarakat
    - 3) Sosialisasi pelayanan keluarga berencana (PKBRS)
    - 4) Sosialisasi pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) kepada stakeholder
    - 5) Pendampingan kelompok stunting
  - c. Pelayanan rujukan terpadu
    - 1) Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terpadu
    - 2) Peningkatan persentase *respon time* Sisrute di RSUP
7. Terwujudnya Rumah Sakit yang terakreditasi
  - a. Survei akreditasi KARS
    - 1) Asesmen internal (*self assessment*)
    - 2) Pengajuan borang
    - 3) Asesmen lapangan
    - 4) Survei akreditasi
  - b. Pelaksanaan Survei akreditasi oleh lembaga akreditasi RS
8. Terwujudnya sistem tatakelola Rumah Sakit yang transparan dan akuntabel
  - a. Pengembangan tata kelola klinis yang baik
    - 1) Penyusunan dan *updating Clinical Pathway*

- 2) Pelaksanaan *Clinical Pathway* RS
  - 3) Evaluasi *Clinical Pathway*
  - b. Pengelolaan tindak lanjut temuan audit
    - 1) Pengelolaan tindak lanjut temuan audit
    - 2) Tindak lanjut rekomendasi LHP/hasil audit
    - 3) Akuntabilitas kinerja
9. Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat
- a. Peningkatan status RS
    - 1) Pemenuhan SDM
    - 2) Pemenuhan dokumen perijinan lainnya
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM
- a. Peningkatan dan pengembangan kompetensi SDM
    - 1) Pelatihan pengembangan kompetensi (seminar, diklat, workshop dll)
    - 2) Pelatihan manajemen RS
  - b. Pendidikan lanjut bagi pegawai
    - 1) Pendidikan lanjut profesi
    - 2) Pendidikan lanjut S2
    - 3) Pendidikan lanjut S1
11. Terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi
- a. Pengembangan SIMRS terintegrasi
    - 1) Pengembangan modul SIMRS
    - 2) Pengembangan aplikasi pendukung SIMRS
    - 3) Pengintegrasian IT dengan satu sehat
  - b. Peningkatan SDM
    - 1) Pelatihan/Seminar/Workshop SDM IT
  - c. Pemenuhan sarana pendukung sistem informasi rumah sakit
    - 1) Pengadaan perangkat keras (hardware) dan lunak (software)
    - 2) Pemeliharaan peralatan dan jaringan IT
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B
- a. Pemeliharaan peralatan medis
  - b. Pemeliharaan peralatan non medis
  - c. Pemeliharaan prasarana gedung dan bangunan
  - d. Pengadaan peralatan kesehatan
  - e. Pengadaan sarana prasarana dan peralatan perkantoran

## B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja merupakan amanat dari Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia.

Dalam hal ini, perjanjian kinerja RSUP Surakarta tahun 2023 merupakan pernyataan komitmen antara Direktur RSUP Surakarta dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan untuk mencapai target-target yang tertera dalam Rencana Strategis Bisnis 2020-2024.

Sehubungan dengan adanya penambahan indikator kegiatan UPT Vertikal yang merupakan indikator kinerja direktif Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, maka telah diterbitkan surat Plt. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 07 Februari 2023 tentang Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023. Indikator Kinerja Kegiatan tersebut harus tertera dalam Perjanjian Kinerja Kepala Satuan Kerja dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan TA 2023 dan dilakukan pemantauan terhadap capaian indikator secara periodik.

RSUP Surakarta telah menyusun perjanjian kinerja tahun 2023 sesuai dengan kedudukan, tugas dan fungsinya. Perjanjian kinerja ini telah mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta periode 2020-2024.

Tabel 1. Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta tahun 2023

SASARAN STRATEGIS/PROGRAM	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
1. Terwujudnya kemandirian finansial dan <i>cost effectiveness</i> pelayanan;	1. POBO	48%
	2. Audit laporan keuangan	WTP
2. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional;	3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%
	4. <i>Nett Death Rate</i>	≤24‰
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> " (melebihi ekpektasi);	5. Persentase kepuasan pasien	>85%
	6. Persentase respon terhadap komplain	100%
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi;	7. Waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD (ERRT)	≤30 menit

SASARAN STRATEGIS/PROGRAM	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
5. Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian;	8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30
	9. Jumlah penelitian terpublikasi	2
	10. Jumlah pelatihan terakreditasi	2
6. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan;	11. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	12
	12. Jumlah jejaring komunitas	2
	13. Persentase pelaksanaan SISROUTE di RS UPT Vertikal	85%
7. Terwujudnya RS yang terakreditasi;	14. Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal
8. Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel;	15. Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi	37
	16. Persentase tindaklanjut temuan audit	100%
9. Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;	17. Perijinan terselesaikan	Terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM;	18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi $\geq 20$ jam	45%
11. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi;	19. Persentase sistem IT terintegrasi	80%
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B.	20. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i> )	40%
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan;	21. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes	92,5%
	22. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
	23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
	24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%
	25. Persentase nilai EBITDA	10%
14. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit;	26. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali

SASARAN STRATEGIS/PROGRAM	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
15. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal;	27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
	28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
	29. Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%
	30. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%
	31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%
	32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan
16. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan;	33. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan
	34. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan
17. Indikator Mutu Nasional;	35. Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
	36. Kepatuhan penggunaan APD	100%
	37. Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	38. Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
	39. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
	40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
	41. Kepatuhan terhadap alur klinis ( <i>clinical pathway</i> )	≥85%
	42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
18. Indikator RPJMN;	43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem
	44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%
	45. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Surakarta, merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja berbagai program dan kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2023. Pada bab ini akan diuraikan pengukuran, evaluasi dan analisis kinerja RSUP Surakarta selama tahun 2023, keberhasilan yang dicapai maupun permasalahan terkait, beserta rekomendasi untuk peningkatan kinerja di masa mendatang.

Pengukuran tingkat capaian kinerja RSUP Surakarta tahun 2023 dilakukan dengan cara membandingkan antara target pencapaian indikator sasaran yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta tahun 2023 dengan realisasinya. Berikut disampaikan tingkat capaian kinerja RSUP Surakarta tahun 2023 berdasarkan hasil pengukurannya

#### A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja bertujuan untuk mendapat informasi mengenai masing-masing sasaran dan indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Surakarta apabila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai dan ditetapkan di awal tahun. Pencapaian atas target dan realisasi seluruh indikator pada tahun 2023 ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 2. Target dan Realisasi atas Pencapaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2023

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
1. Terwujudnya kemandirian finansial dan <i>cost effectiveness</i> pelayanan;	1. POBO	48%	75,67%
	2. Audit Laporan Keuangan	WTP	WTP
2. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional;	3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%	81,17%
	4. <i>Nett Death Rate</i>	≤24‰	20.79‰
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> " (melebihi ekspektasi);	5. Persentase Kepuasan Pasien	>85%	85,51%
	6. Persentase respon terhadap komplain	100%	100%
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi;	7. Waktu tunggu penanganan kegawat daruratan respirasi di IGD (ERRT)	≤30 menit	1,72 menit
5. Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian;	8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30	30
	9. Jumlah penelitian terpublikasi	2	2
	10. Jumlah pelatihan terakreditasi	2	2

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
6. Terwujudnya kerjasama pelayanan kesehatan;	11. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	12	12
	12. Jumlah jejaring komunitas	2	2
	13. Persentase pelaksanaan SISRUITE di RS UPT Vertikal	85%	90,32%
7. Terwujudnya RS yang terakreditasi;	14. Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal	100%
8. Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel;	15. Jumlah Clinical Pathway terpenuhi	37	59
	16. Persentase tindaklanjut temuan audit	100	100%
9. Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;	17. Perijinan terselesaikan	Terpenuhi nya 65% persyaratan perijinan RS kelas B	Terpenuhi 66,67%
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM;	18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi $\geq 20$ jam	45%	56,08%
11. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi;	19. Persentase sistem IT terintegrasi	80%	94,44%
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B.	20. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i> )	40%	56.50%
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	21. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes	92,5%	100%
	22. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	157,58%
	23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96,02%
	24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%	95,30%
	25. Persentase nilai EBITDA	10%	-32,37%
14. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali
15. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	76,24%
	28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$	91,98%
	29. Penundaan waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$	2,14%
	30. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	$\geq 80\%$	100%
	31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	$\geq 80\%$	86,75%
	32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan	100%



Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi
16. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan	33. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan
	34. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan
17. Indikator Mutu Nasional	35. Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	91,82%
	36. Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%
	37. Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
	38. Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	57,83%
	39. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%
	40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	99,83%
	41. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	100%
18. Indikator RPJMN	42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%
	43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem	1 sistem
	44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%	100%
	45. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	44,38 menit

## B. ANALISIS CAPAIAN KINERJA

### 1. Sasaran Terwujudnya Kemandirian Finansial Dan *Cost Effectiveness*

Sasaran pertama dalam rangka mencapai visi yang hendak dicapai RSUP Surakarta adalah Terwujudnya kemandirian finansial dan *cost effectiveness* pelayanan. Dalam rangka mengetahui pencapaian keberhasilan sasaran tersebut, RSUP Surakarta telah menetapkan indikator kinerja utama yaitu:

#### a. Rasio POBO

Rasio POBO merupakan perbandingan antara pendapatan PNBPN dibagi dengan biaya operasional. Sedangkan pengertian dari pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.

Target capaian rasio POBO pada tahun 2023 adalah 45%.

1) Kondisi yang dicapai

Rasio pendapatan operasional dibanding biaya operasional (POBO) RSUP Surakarta tahun 2023 sebesar 75,67%. Artinya tingkat kemandirian RSUP Surakarta sebesar 75,67%.

Indikator POBO tercapai karena terjadi peningkatan pendapatan BLU yang signifikan. Porsi pendapatan dari layanan non covid yang pada 2023 hanya di angka 4 M, jauh lebih rendah dari pendapatan dari layanan covid 2022 yang mencapai 22 M, menunjukkan RSUP Surakarta berhasil melalui transisi dari balai menjadi rumah sakit di masa pandemic Covid. Strategi peningkatan pendapatan yang dijalankan selama 2023.

a) Layanan JKN

Meningkatkan marketing layanan spesialisasi yang sudah ada dan menambah layanan spesialisasi baru (SpOT). Mengingat posisi RSUP Surakarta adalah rumah sakit kelas C yang melayani pasien JKN, dengan feeder utama PPK 1 (puskesmas dan dokter keluarga), maka fokus marketing dilaksanakan dengan menjalin kemitraan dengan PPK 1.

b) Layanan Non JKN, berupa pembukaan klinik eksekutif dan rawat inap VIP dan kerjasama jemput bola layanan MCU instansi.

c) Non Layanan, berupa sewa ATM dan sewa lahan mini café.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Rasio pendapatan operasional dibanding biaya operasional tahun 2023 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2022. Pada tahun 2022, POBO sebesar 76,24%, sedangkan pada tahun 2023 pencapaian indikator POBO adalah sebesar 75,67%. Tahun 2022 dan 2023 capaian rasio POBO lebih tinggi dari target jangka menengah RSUP Surakarta yaitu 50% (target Renstra).

3) Perbandingan standar nasional

Standar nasional untuk indikator POBO adalah 75%, maka capaian tahun 2023 (75,67%) telah melebihi dari target yang ditetapkan.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra = 50%) maka pencapaian indikator POBO telah melebihi dari target yang ditetapkan.

4) Permasalahan yang dihadapi

RSUP Surakarta harus mampu terus berinovasi mengembangkan pelayanan dan sumber-sumber pendapatan lain untuk mencapai target tahun selanjutnya dan tetap menjaga proporsi beban operasional agar tidak mengalami peningkatan yang signifikan.

5) Usul pemecahan masalah

Terhadap kendala dan permasalahan yang muncul tersebut diusulkan beberapa usulan pemecahan masalah, diantaranya:

- a) Penguatan terhadap marketing RS untuk memperkenalkan produk-produk layanan RSUP Surakarta dan membuka kerjasama dengan asuransi swasta
- b) Peningkatan pendapatan dengan membuka layanan spesialisik baru, penabahan layanan poliklinik eksekutif
- c) Menjaga proporsi beban operasional agar tidak mengalami peningkatan yang signifikan dengan melakukan efisiensi terutama beban SDM dan persediaan farmasi
- d) Optimalisasi utilisasi aset dan sarana yang dimiliki untuk peningkatan pelayanan kepada pasien dan masyarakat antara lain dengan membuka poliklinik sore.

**b. Audit Laporan Keuangan**

Sebagai satuan kerja yang telah menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU sejak tahun 2011 maka setiap tahun laporan keuangan dan kinerja RSUP Surakarta tahun sebelumnya wajib dilakukan pemeriksaan oleh Kantor Akuntan Publik. Pada tahun 2023, RSUP Surakarta telah menetapkan target Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) atas opini audit laporan keuangan tahun 2022.

1) Kondisi yang dicapai

Hasil audit laporan keuangan pada tahun 2023 yang dilakukan oleh auditor independen (Kantor Akuntan Publik) menunjukkan bahwa laporan keuangan dan kinerja RSUP Surakarta tahun 2022 mendapatkan opini wajar tanpa pengecualian (WTP).

Keberhasilan pencapaian WTP didukung adanya efektivitas pengendalian intern yang memastikan keakuratan dan keandalan laporan keuangan.

Dengan tercapainya indikator ini RSUP Surakarta ikut mendorong pertumbuhan ekonomi nasional.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra WTP) maka pencapaian indikator NDR telah memenuhi target Renstra.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Target capaian audit laporan keuangan oleh KAP adalah Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dan target tersebut selama 3 tahun yaitu tahun 2020, 2021 dan 2022 tercapai dengan opini wajar tanpa pengecualian (WTP).

- 3) Perbandingan standar nasional  
 Capaian indikator hasil audit laporan keuangan tahun 2022 ini telah sesuai dengan target nasional yang ditetapkan yaitu Wajar Tanpa Pengecualian (WTP).
- 4) Permasalahan yang dihadapi
  - a) Masih terdapat perbedaan atas perhitungan persediaan saat dilakukan stok opname
  - b) Penggunaan kartu stok yang tidak optimal, adanya asset yang belum diberi label
  - c) Kondisi beberapa asset tidak sesuai dengan laporan BMN dan penempatannya tidak sesuai dengan kondisi pelaporan
  - d) Ketidakesesuaian COA dengan rincian beban.
- 5) Usul pemecahan masalah
  - a) Melakukan interkoneksi antara SIRS dengan SAKTI
  - b) Melakukan reuiu SOP penggunaan kartu stok
  - c) Membuat label yang disesuaikan dengan dimensi asset, dilakukan saat barang diterima sebelum didistribusikan ke unit penerima, dan melakukan update daftar inventaris barang sesuai dengan perlabelana
  - d) Monev berkala pelaksanaan anggaran
- 6) Pencapaian periode 3 tahun  
 Berikut data pencapaian periode 3 tahun atas indikator audit laporan keuangan.

Indikator Kinerja Utama	2020	2021	2022
Audit Laporan Keuangan	WTP	WTP	WTP

## 2. Sasaran Terwujudnya Peningkatan Capaian Indikator Kesehatan Nasional

Indikator kinerja utama untuk mengetahui pencapaian sasaran strategis terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional yaitu:

### a. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*)

Angka kesembuhan adalah angka yang menunjukkan prosentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan (baik yang sembuh maupun pengobatan lengkap) diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. Dengan demikian angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap

Angka minimal yang harus dicapai adalah 85%. Angka kesembuhan digunakan untuk mengetahui hasil pengobatan. Walaupun angka kesembuhan telah mencapai 85%,

hasil pengobatan lainnya tetap perlu diperhatikan, yaitu berapa pasien dengan hasil pengobatan lengkap, meninggal, gagal, default, dan pindah.

1) Kondisi yang dicapai

Angka capaian persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*) pada tahun 2023 sebesar 80,42%. Keberhasilan pengobatan pasien TB merupakan salah satu upaya RSUP Surakarta dalam mensukseskan program nasional Eliminasi TB tahun 2025.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 85%) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra dan target nasional yang ditetapkan.

Strategi yang telah diterapkan untuk meningkatkan *success rate* TB di 2023 adalah:

- a) Peningkatan kualitas konseling pasien yang memulai pengobatan TB oleh unit PKRS dengan fokus pada komitmen kepatuhan minum obat sampai tuntas
- b) Melibatkan perawat di semua klinik untuk mensupport data SITB
- c) Menjalin komunikasi dengan faskes tempat pasien melanjutkan pengobatan TB.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*) pada tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 mengalami penurunan. Capaian tahun 2022 sebesar 81,34% sementara capaian tahun 2023 sebesar 80,42%.

3) Permasalahan yang dihadapi

- a) Pasien Lost To Follow Up atau drop out
- b) Pengetahuan pasien yang kurang
- c) Biaya, jarak dan waktu pasien
- d) SDM terbatas dalam monitoring TB

4) Usul pemecahan masalah

- a) Mengadakan sosialisasi dan edukasi ke masyarakat agar tidak terdapat banyak kasus DO
- b) Membuat sistem dan alur pencatatan berbasis teknologi dan meningkatkan ketelitian pengisian diagnosa pasien yang tercatat pada SITB
- c) Mengoptimalkan rujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama.

## b. *Nett Death Rate* (NDR)

*Nett Death Rate* adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit. Perhitungan *Nett Death Rate* yaitu Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati dikali 1000.

Target capaian indikator NDR pada tahun 2023 adalah terpenuhinya  $\leq 24\%$ .

### 1) Kondisi yang dicapai

Target atas pencapaian tersebut pada tahun 2023 adalah apabila ada kejadian kematian 48 jam setelah dirawat adalah  $\leq 24\%$  dengan realisasi atas pencapaian indikator tersebut rata-rata selama tahun 2023 adalah sebesar 20,79%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra  $\leq 24\%$ ) maka pencapaian indikator NDR telah memenuhi target Renstra dan target nasional yang ditetapkan. Sebagian besar kematian terjadi di ICU, dengan kondisi pasien masuk yang sudah jelek.

Strategi yang dilakukan untuk menurunkan NDR di 2023 adalah

- a) Memperketat skrining masuk pasien dengan indikasi rawat ICU dari luar RS, disesuaikan dengan kemampuan sumber daya yang ada dan gol akhir perawatan
- b) Mengembangkan model pelayanan keperawatan PPJP di ICU
- c) Monev sistem EWS di rawat inap

### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian NDR pada tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 mengalami penurunan. Capaian tahun 2022 sebesar 16,71% sementara capaian tahun 2023 sebesar 20,79%.

### 3) Perbandingan standar nasional

Capaian indikator NDR tahun 2023 (20,79%) ini telah melampaui target nasional yang ditetapkan yaitu  $\leq 24\%$ .

### 4) Permasalahan yang dihadapi

Capaian NDR tahun 2023 sudah sesuai standar yang ditetapkan yaitu  $\leq 24\%$ , namun dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari adanya kendala dan permasalahan yang muncul berkaitan dengan pencapaian indikator tersebut adalah:

- a) Meningkatnya kasus dengan gejala berat yang dirujuk dari rumah sakit lain ke RSUP Surakarta
- b) Jumlah dan kompetensi SDM masih terbatas untuk melayani kasus berat dan kritis

5) Usulan Pemecahan Masalah

Dalam rangka mengatasi kendala dan permasalahan yang muncul tersebut diperlukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Peningkatan koordinasi antar unit dan instalasi pelayanan
- b) Peningkatan jumlah dan kompetensi SDM yang melayani kasus berat dan kritis

**3. Sasaran Terwujudnya Pelayanan Kesehatan “Beyond Experience”**

**a. Persentase kepuasan pelanggan**

Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan dan juga merupakan cerminan dari tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh RSUP Surakarta. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Tahun 2021 telah dilakukan reviu terhadap Renstra Bisnis RSUP Surakarta 2020-2024, dimana salah satu diantaranya adalah perubahan terhadap target indikator persentase kepuasan pelanggan yang semula 90% menjadi >85% (Standar Nasional INM  $\geq 80\%$ ).

1) Kondisi yang dicapai

Survei pengukuran indeks kepuasan masyarakat tahun 2023 dilakukan 1 kali kegiatan setiap triwulan. Tahun 2023 dilakukan Survei Kepuasan Masyarakat terhadap pasien RSUP Surakarta. Rata-rata penilaian kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUP Surakarta Tahun 2023 adalah sebesar 85,51%.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian persentase kepuasan pelanggan tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 mengalami penurunan, tahun 2022 penilaian kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSUP Surakarta adalah sebesar 92,33% sedangkan penilaian kepuasan masyarakat pada tahun 2023 adalah sebesar 85,51%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra >85%) maka pencapaian indikator persentase kepuasan pelanggan telah memenuhi target Renstra.

3) Perbandingan standar nasional

Capaian indikator persentase kepuasan pelanggan tahun 2023 (85,51%) ini telah melampaui target nasional yang ditetapkan yaitu 76,61%.

4) Permasalahan yang dihadapi

Adanya kegiatan pemeliharaan gedung yang menyebabkan beberapa area pelayanan terdampak kegiatan dan pelayanan menjadi terganggu dengan adanya pekerjaan pemeliharaan.

5) Usul pemecahan masalah

- a) Meminimalisir adanya rasa tidak nyaman bagi pasien akibat aktifitas pekerjaan fisik bangunan, dilakukan pemindahan lokasi pelayanan pasien ke gedung lainnya
- b) Meningkatkan layanan dengan mengurangi waktu tunggu dan melengkapi/perbaiki sarana prasarana layanan

**b. Persentase Kecepatan respon terhadap komplain**

Setiap komplain dan keluhan pada dasarnya merupakan masukan bagi perbaikan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan masyarakat, setiap komplain atau keluhan masyarakat wajib untuk selalu ditindaklanjuti. Seluruh pasien atau masyarakat yang menyampaikan komplain atau keluhan pada dasarnya menginginkan tindaklanjut atas komplain yang mereka ajukan direspon secara cepat dan tepat. Guna mengetahui tingkat responsive atas penanganan komplain tersebut maka ditetapkanlah indikator kinerja utama berupa persentase kecepatan respon terhadap komplain.

Target capaian indikator persentase respon terhadap komplain pada tahun 2023 adalah 100%.

1) Kondisi yang dicapai

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), Tinggi (kuning), Rendah (hijau), dan dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.

Warna Merah: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll.

Warna Kuning: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.

Warna Hijau: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.



Komplain-komplain tersebut dapat disampaikan melalui form keluhan pelanggan, email maupun langsung disampaikan kepada petugas.

Pencapaian atas indikator kecepatan respon terhadap komplain tahun 2023 sebesar 100%.

Keberhasilan pencapaian target indikator ini merupakan komitmen RSUP Surakarta dalam memberikan layanan prima untuk memenuhi harapan pelanggan.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator kecepatan respon terhadap komplain pada tahun 2022 dan tahun 2023 sebesar 100%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 100%) maka pencapaian indikator persentase kepuasan pelanggan telah memenuhi target Renstra.

3) Permasalahan yang dihadapi

Komplain dari pelanggan atau pasien RSUP Surakarta tidak mencantumkan identitas yang jelas sehingga mengakibatkan keluhan atau komplain dari pelanggan yang bersangkutan tidak dapat ditindaklanjuti.

4) Usul pemecahan masalah

Memberikan informasi dan edukasi kepada seluruh pelanggan atau pasien yang hendak mengajukan keluhan atau komplain agar menuliskan identitas diri dengan lengkap sehingga memudahkan RSUP Surakarta untuk memberikan umpan balik tindaklanjut keluhan tersebut.

5) Pencapaian periode 5 tahun

Data pencapaian periode 5 tahun atas indikator persentase Kecepatan respon terhadap komplain adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja Utama	2019	2020	2021	2022	2023
Persentase kecepatan respon terhadap komplain	91,67%	100%	89,58%	100%	100%

#### 4. Sasaran Terwujudnya Pelayanan Unggulan Respirasi

##### a. Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)

Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT) adalah waktu yang dibutuhkan pasien yang datang dengan kegawatdaruratan respirasi untuk mendapatkan penanganan segera, sejak pasien datang di IGD RS. Kegawatdaruratan respirasi adalah penyakit atau kondisi pada saluran pernapasan/respirasi dan atau paru yang dapat menimbulkan *distress* atau gagal

napas yang mengancam jiwa, misalnya: Pneumothorax, effuse pleura massif, asma acute, PPOK eksaserbasi akut dan hemoptisis massif.

Target capaian waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD (ERRT) pada tahun 2023 adalah  $\leq 30$  menit.

1) Kondisi yang dicapai

Realisasi atas pencapaian indikator waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD (ERRT) pada tahun 2023 adalah 1 menit 72 detik dari target  $< 30$  menit. Hal ini didukung oleh SDM IGD terlatih sehingga siap dan cepat tanggap dalam melakukan triage dan tindakan kedaruratan. Penerapan SISRUTE juga turut mendukung tercapainya indikator ini.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD (ERRT) tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 mengalami penurunan. Capaian tahun 2023 adalah 1 menit 72 detik sedangkan capaian tahun 2022 adalah 1 menit 43 detik.

3) Perbandingan target Renstra (jangka menengah)

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra  $\leq 30$  menit) maka pencapaian indikator ERRT telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

4) Permasalahan yang dihadapi

- a) Pasien datang dalam waktu bersamaan, sistem triase belum berjalan baik
- b) Peningkatan jumlah kunjungan IGD sehingga waktu tunggu lebih lama

5) Usul pemecahan masalah

- a) Koordinasi dan komunikasi dalam memberikan pelayanan perlu ditingkatkan lagi.
- b) Peningkatan kompetensi SDM dalam menangani kasus kegawatan

## 5. Sasaran Terwujudnya Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta Sebagai Wahana Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

Dalam rangka menilai keberhasilan sasaran strategis Terwujudnya Rumah Sakit Umum Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian ditetapkanlah indikator kinerja utama, yaitu:

### a. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama

1) Kondisi yang dicapai

RSUP Surakarta merupakan tempat bagi mahasiswa untuk melakukan penelitian dan praktek kerja lapangan. Penelitian dan dan praktek kerja lapangan

tersebut dilakukan oleh mahasiswa dari berbagai insitusi pendidikan baik dari sekitar Kota Surakarta maupun dari luar Kota Surakarta. Melihat tingginya minat dari berbagai institusi pendidikan untuk mengirimkan mahasiswanya untuk melakukan penelitian dan praktek kerja lapangan serta untuk mengukur pencapaian atas sasaran strategis terwujudnya Rumah Sakit Umum Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian maka pada tahun 2023 ditetapkanlah indikator berupa jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama dengan jumlah target 30 institusi pendidikan.

Realisasi atas pencapaian indikator jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama dalam bidang pendidikan kesehatan paru pada tahun 2023 adalah sebanyak 30 institusi. Institusi yang telah bekerjasama tersebut adalah:

- |  |  |
|--|--|
| 1) Stikes Nasional                             | 16) Univ Duta Bangsa                                   |
| 2) Fak Ilmu Kesehatan UMS                      | 17) SMK Trisakti Gemolong                              |
| 3) Politeknik Indonusa Surakarta               | 18) Fak Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Yogyakarta |
| 4) Fisioterapi Univ Abdurrab Pekanbaru         | 19) Univ Setia Budi Surakarta                          |
| 5) Fakultas Kedokteran UNS                     | 20) Sekolah Vokasi UNS                                 |
| 6) Univet Sukoharjo                            | 21) SMART Emergency                                    |
| 7) Prodi D3 Farmasi Poltekkes Bhakti Mulia     | 22) SMK Citra Medika Sukoharjo                         |
| 8) Prodi D3 RMIK Poltekkes Bhakti Mulia        | 23) Universitas Sahid Surakarta                        |
| 9) Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Bhakti Mulia | 24) Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri       |
| 10) Bapelkes Semarang                          | 25) SMK N 1 Sawit                                      |
| 11) ITS PKU Muhammadiyah Surakarta             | 26) Universitas Kusuma Husada Surakarta                |
| 12) SMK Citra Medika Sukoharjo                 | 27) Politeknis Harapan Bangsa Surakarta                |
| 13) Fakultas Kedokteran UMS                    | 28) SMKN Gondang Sragen                                |
| 14) Poltekkes Surakarta Praktik                | 29) Poltekkes Surabaya                                 |
| 15) Univ Aisyiyah Surakarta                    | 30) Poltekkes Palembang                                |

RSUP Surakarta dan institusi pendidikan menyediakan tempat pembelajaran yang akan memberikan kesempatan bagi mahasiswa kesehatan untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman sesuai kompetensi yang diharapkan sesuai standar pendidikan akademik dan standar pendidikan profesi.

## 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Pencapaian indikator jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama dalam bidang pendidikan pada tahun 2023 dengan tahun 2022 tidak dapat dibandingkan, karena merupakan akumulasi dari jumlah institusi yang bekerja sama pada tahun sebelumnya.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 31 institusi) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Permasalahan yang dihadapi dalam rangka pencapaian indikator jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama adalah:

- a) Kegiatan yang dilaksanakan di RSUP Surakarta masih terbatas pada kegiatan PKL. Padahal lingkup MOU dengan institusi pendidikan tidak hanya sebatas kegiatan PKL mahasiswa
- b) Dari aspek layanan pasien, keberadaan mahasiswa praktek yang bersamaan dengan jumlah yang banyak berpengaruh pada kenyamanan pasien

4) Usul pemecahan masalah

- a) Lebih mengoptimalkan koordinasi dengan pihak institusi pendidikan dalam pengaturan kalender akademik dan pengaturan jumlah peserta praktek
- b) Membuat model pembelajaran dengan daring untuk proses bimbingan
- c) Membuka kerjasama dengan institusi Pendidikan Non Kesehatan

5) Pencapaian periode 5 tahun

Data pencapaian periode 5 tahun atas indikator Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama dalam bidang pendidikan kesehatan paru adalah sebagai berikut:

Indikator	2019	2020	2021	2022	2023
Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	26	27	28	29	30

Terwujudnya RSUP Surakarta sebagai wahana pendidikan dan pelatihan serta penelitian bertujuan untuk meningkatkan fungsi RS sebagai wahana pendidikan dan pelatihan serta penelitian RSUP Surakarta. Sasaran strategis ini tercapai dengan pencapaian target pada indikator jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama, indikator ini tercapai 30 jumlah institusi. Sasaran strategis ini memberikan dampak:

- Dikenalnya RSUP Surakarta sebagai institusi tempat pendidikan, pelatihan serta penelitian
- Pengembangan keilmuan dengan kegiatan penelitian yang dilaksanakan
- Meningkatkan pendapatan selain pelayanan kesehatan yang dilaksanakan

## **b. Jumlah penelitian terpublikasi**

Penelitian yang dipublikasikan adalah jumlah penelitian yang dilakukan oleh staf medis yang mampu diterbitkan dalam jurnal nasional dan internasional dalam setahun. Publikasi bisa dilakukan dalam media jurnal, poster, buku maupun media lainnya.

Target capaian indikator penelitian yang terpublikasi pada tahun 2023 adalah 2 penelitian terpublikasi.

### **1) Kondisi yang dicapai**

Pencapaian indikator penelitian yang dipublikasikan pada tahun 2023 sama dengan capaian pada tahun 2022 yaitu 2 penelitian yang telah dipublikasikan dalam jurnal.

Penelitian yang telah dipublikasikan tahun 2023 sebanyak 2 penelitian, yang terdiri dari:

- a) Implementasi Rekam Medis Elektronik Berkontribusi pada Peningkatan Biaya Operasional di RSUP Surakarta, diterbitkan pada *Journal of Information Systems for Public Health* Volume VIII No. 1 April 2023
- b) Determinant Factors of Compliance Antiretroviral Consumption in People Living with HIV AIDS (PLWHA), diterbitkan pada *Jurnal Ilmu Kesehatan* Volume 12 Number 1, Year 2023

### **2) Perbandingan tahun sebelumnya**

Pencapaian indikator penelitian yang dipublikasikan pada tahun 2023 dengan tahun 2022 tidak dapat dibandingkan, karena merupakan akumulasi dari tahun sebelumnya.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 2 penelitian) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

### **3) Permasalahan yang dihadapi**

- a) Masih minimnya minat untuk melakukan penulisan naskah dalam bentuk jurnal di RSUP Surakarta
- b) Penerapan ethical clearance terhadap penelitian yang akan dilakukan belum optimal

### **4) Usul pemecahan masalah**

- a) Meningkatkan kemampuan dan kemauan SDM di RSUP Surakarta dalam melakukan penulisan naskah publikasi.
- b) Menjalin kerjasama dengan lembaga penelitian atau universitas dan juga profesional untuk terlibat dalam kegiatan penelitian di RSUP Surakarta.

### c. Jumlah pelatihan terakreditasi

Jumlah pelatihan terakreditasi adalah jumlah penyelenggaraan kegiatan pelatihan sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan keterampilan pegawai RSUP Surakarta yang dalam pelaksanaannya mengacu pada kaidah diklat Pusdiklat SDM Kesehatan Kemenkes RI.

Target capaian indikator jumlah pelatihan terakreditasi pada tahun 2023 adalah 2 pelatihan terakreditasi.

#### 1) Kondisi yang dicapai

Tahun 2023 RSUP Surakarta melaksanakan Diklat terakreditasi sebanyak 2 jenis pelatihan terakreditasi yaitu Pelatihan BTCLS dan Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan. Pelatihan ini diselenggarakan melalui kerjasama dengan institusi penyelenggara Pelatihan yang terakreditasi yaitu SMART Emergency untuk pelatihan BTCLS dan dengan Bapelkes Semarang untuk pelatihan TPK.

#### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Pencapaian indikator pelatihan terakreditasi yang dilaksanakan pada tahun 2023 sama dengan tahun 2022 yaitu sesuai dengan target 2 jenis pelatihan terakreditasi.

Jika dibandingkan dengan target jangka menengah target yang harus dicapai RSUP Surakarta pada akhir tahun Renstra (Tahun 2024) yaitu 3 pelatihan terakreditasi, sehingga perlu usaha lebih untuk mencapai target tersebut.

#### 3) Permasalahan yang dihadapi

a) Unit Diklat RSUP Surakarta belum terakreditasi, sehingga untuk penyelenggaraan kegiatan pelatihan harus dilakukan dengan kerjasama dengan unit diklat yang sudah terakreditasi

b) Fasilitas untuk kegiatan pelatihan di RSUP Surakarta masih sangat terbatas

c) Untuk kelompok profesi tertentu Keterbatasan SDM yang memenuhi kualifikasi sebagai pelatih masih kurang

#### 4) Usul pemecahan masalah

a) Menjadikan unit diklat RSUP Surakarta sebagai unit diklat yang terakreditasi

b) Membuat rencana pengembangan unit diklat khususnya dalam hal ketersediaan sarana prasarana yang dibutuhkan dalam kegiatan diklat

c) Mempersiapkan SDM dari unit atau instalasi yang dijadikan unggulan kegiatan diklat agar mempunyai kompetensi dan kewenangan menjadi fasilitator atau tenaga pelatih.

## 6. Sasaran Terwujudnya Kerjasama Strategis Pelayanan Kesehatan

Sebagai Rumah Sakit Umum, RSUP Surakarta dituntut untuk menjalin kerjasama dengan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan lain. Dalam rangka menilai keberhasilan sasaran strategis terwujudnya Kerjasama Strategis Pelayanan Kesehatan ditetapkanlah indikator kinerja utama, yaitu:

### a. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan

Target capaian indikator jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan pada tahun 2023 adalah 12 institusi.

#### 1) Kondisi yang dicapai

RSUP Surakarta dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain mewujudkan jejaring kerjasama antar fasilitas pelayanan kesehatan yang aktif agar tercipta pelayanan yang komprehensif bagi masyarakat sehingga masyarakat dapat terlayani dengan baik.

Sampai tahun 2023, jumlah institusi yang bekerjasama dengan RSUP Surakarta sebanyak 12 (dua belas) institusi. Institusi yang bekerjasama tersebut adalah:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. RS UNS Surakarta                             | 7. Puskesmas Kartasura       |
| 2. RS Orthopedi Surakarta                       | 8. Puskesmas Colomadu I      |
| 3. RS PKU Muhammadiyah Surakarta                | 9. Pratama Griya Sehat       |
| 4. RSUD Sragen                                  | 10. Klinik Assalaam Medicare |
| 5. Fak. Kedokteran Univ. Muhammadiyah Surakarta | 11. Kimia Farma Surakarta    |
| 6. Laboratorium Patologi Darma Usada            | 12. PT. Administrasi Medika  |

#### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Pencapaian indikator jumlah institusi yang bekerjasama dengan RSUP Surakarta pada tahun 2023 dengan tahun 2022. Tidak dapat dibandingkan, karena merupakan akumulasi dari jumlah institusi yang bekerja sama pada tahun sebelumnya.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 14 institusi) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

#### 3) Permasalahan yang dihadapi

Kecenderungan fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk merujuk pasien ke rumah sakit umum daerah.

#### 4) Usul pemecahan masalah

- Advokasi dengan Dinas Kesehatan se eks Karesidenan Surakarta
- Peningkatan mutu layanan dan pemenuhan sarana dan prasarana sebagai RS

## **b. Jumlah Jejaring Komunitas**

Indikator jumlah jejaring komunitas merupakan wujud pelaksanaan pelayanan upaya kesehatan masyarakat RSUP Surakarta.

Jejaring layanan kesehatan penting dibentuk dan dikembangkan oleh rumah sakit, mengingat melalui jejaring dapat dilakukan pemberian informasi dan advokasi tentang wujud pelayanan rumah sakit yang representative.

Pelayanan kesehatan yang holistik bagi masyarakat menuntut sebuah pelayanan kolaboratif antar profesi kesehatan baik dalam setting klinis (rumah sakit) maupun dengan komunitas, dalam bentuk usaha promotif, preventif, dan kuratif.

Target capaian indikator jumlah jejaring komunitas pada tahun 2023 adalah 2 komunitas.

### **1) Kondisi yang dicapai**

Pada tahun 2023 telah dilaksanakan jejaring komunitas yang berhasil terbentuk dan memberikan kontribusi kepada upaya kesehatan masyarakat di RSUP Surakarta yaitu (1) PEKA: Komunitas penderita HIV (ODHA), dan (2) SEMAR: Komunitas penderita TB MDR Surakarta.

### **2) Perbandingan tahun sebelumnya**

Realisasi atas pencapaian indikator jumlah jejaring komunitas pada tahun 2023 tidak dapat dibandingkan dengan tahun sebelumnya karena merupakan akumulasi dari jumlah jejaring komunitas yang bekerjasama pada tahun sebelumnya.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 3 komunitas) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

### **3) Permasalahan yang dihadapi**

Belum banyak komunitas yang dilibatkan dalam jejaring layanan kesehatan rumah sakit.

### **4) Usul pemecahan masalah**

Eliminasi TBC menjadi tanggung jawab semua pihak, bahkan lintas sektor di luar sektor kesehatan serta komunitas. Peran komunitas sangat penting, bahkan hal ini sejalan dengan strategi penanggulangan TBC Nasional 2020-2024 dimana pelibatan komunitas penting dilakukan terutama dalam mendukung upaya diagnosis dan pengobatan untuk mencapai peningkatan angka keberhasilan pengobatan TBC.

## **c. Persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT Vertikal**

Pelayanan pasien rujukan merupakan pelayanan yang harus dilakukan secara terencana, terpadu dan berkesinambungan, hal ini terkait dengan penanganan



awal pasien secara baik, cepat dan tepat. Manakala penanganannya tidak dilakukan secara terencana, terpadu dan berkesinambungan akan memberikan dampak pada pasien yaitu berupa keterlambatan dalam memberikan bantuan pelayanan kesehatan bagi pasien yang masuk RS.

Sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal. Dimana seluruh proses rujukan dilakukan secara terintegrasi.

Persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT vertikal adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.

Target capaian indikator persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT Vertikal pada tahun 2023 adalah 85%

1) Kondisi yang dicapai

Capaian rerata persentase pelaksanaan SISRUTE di RSUP Surakarta tahun 2023 adalah 90,32%. Strategi yang dilakukan untuk meningkatkan respon time SISRUTE kurang dari 1 jam adalah

- a) Mendedikasikan 1 pc IGD untuk pemantauan SISRUTE
- b) Menjadwalkan PIC pemantauan SISRUTE tiap shift perawat IGD

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian persentase pelaksanaan SISRUTE tahun 2023 adalah 90,32% mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan capaian tahun 2022 sebesar 71,31%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 100%) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Pemantauan aplikasi SISRUTE lebih ditingkatkan.

4) Usul pemecahan masalah

Bekerjasama dengan IT untuk pengembangan aplikasi SISRUTE yang bisa terintegrasi dengan SIMRS

## 7. Sasaran Terwujudnya Rumah Sakit Yang Terakreditasi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan diamanatkan bahwa setiap rumah sakit harus terakreditasi. Akreditasi diberikan kepada rumah sakit yang telah berdiri selambat-lambatnya 2 tahun setelah berdiri.

### a. Pencapaian Akreditasi SNARS

1) Kondisi yang dicapai

Sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta periode 2020-2024, tahapan menuju RS yang terakreditasi telah ditetapkan sebagai berikut:

- a) Persiapan
- b) Pendampingan
- c) Akreditasi
- d) Survey internal

Standar akreditasi yang digunakan saat ini adalah STARKES. Strategi yang dilakukan di 2023 terkait indikator ini adalah melaksanakan survey internal dengan berfokus pada PPS yang diberikan oleh surveyor pada saat penilaian akreditasi 2022. Survey internal dilaksanakan dalam upaya mempertahankan dan memantapkan hasil akreditasi yang telah dicapai.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Kegiatan survei internal merupakan kegiatan lanjutan dari serangkaian proses akreditasi rumah sakit. Tahun 2022 telah dilaksanakan survei akreditasi dengan hasil Terakreditasi Paripurna.

3) Permasalahan yang dihadapi

Tantangan dari rumah sakit untuk bisa terus melakukan monitoring dan evaluasi serta menjaga mutu layanan sebagai budaya, tidak hanya sekedar selesai di sertifikat akreditasi.

4) Usul pemecahan masalah

- a) Terus memelihara kompetensi dasar, seperti bantuan hidup dasar serta kompetensi terkait pelayanan
- b) Melakukan evaluasi terhadap regulasi dan melakukan monitoring dan evaluasi implementasi regulasi secara berkesinambungan.

## 8. Sasaran Sistem Tata Kelola Rumah Sakit Yang Transparan dan Akuntabel

### a. Jumlah *Clinical Pathway* terpenuhi

*Clinical pathway* merupakan panduan pemberian terapi dan pelayanan bagi pasien untuk satu jenis diagnosa penyakit dan dimaksudkan untuk mewujudkan pelayanan yang aman bermutu dan efisien bagi masyarakat. Jumlah pembuatan dan pengesahan *Clinical Pathway* sesuai dengan pelayanan/jenis penyakit terbanyak, dan yang membutuhkan biaya besar.

Target capaian indikator jumlah *Clinical Pathway* terpenuhi pada tahun 2023 adalah 37 CP.

1) Kondisi yang dicapai

*Clinical pathway* (CP) yang terpenuhi pada tahun 2023 adalah sebanyak 59 CP, melebihi dari target yang telah ditetapkan yaitu sebanyak 37 CP.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 42 CP) maka pencapaian indikator telah melebihi target Renstra yang ditetapkan.

Strategi yang dilakukan untuk pencapaian target indikator ini

- a) Mendorong KSM untuk membuat dan menerapkan clinical pathway berbasis PNPk
  - b) Mengadakan workshop CP dengan narasumber eksternal untuk meningkatkan kualitas CP
- 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Pencapaian indikator jumlah *Clinical pathway* yang terpenuhi pada tahun 2023 mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan tahun 2022. Pada tahun 2022 jumlah *Clinical pathway* yang terpenuhi sebanyak 37 CP, sementara tahun 2023 sebanyak 59 CP. *Clinical pathway* tersebut adalah sebagai berikut:

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| 1. TB DIH                                      | 31. Gromet Excel                  |
| 2. Abses Leher Dalam                           | 32. Gromet                        |
| 3. Asma Stabil                                 | 33. HIV AIDS                      |
| 4. Benda Asing Jalan Nafas                     | 34. KAD/Ketoasidosis Diabetik     |
| 5. Ca Paru Diagnostik                          | 35. Karsinoma Laring              |
| 6. <i>Conductive Hearing Loss</i> (CHL)        | 36. Konkoplasti                   |
| 7. Close Fractur Supracondyler Humerus         | 37. Konkotomi                     |
| 8. Close Fractur Anterbachchi <40 Th           | 38. Miringotomi                   |
| 9. Close Fractur Anterbachchi >40 Th           | 39. NPC                           |
| 10. Close Fractur Clavicula <40 Th             | 40. NSTEMI                        |
| 11. Close Fractur Clavicula >40 Th             | 41. Osteomyelitis kronis >40 Th   |
| 12. Close Fractur Cruris >40 Th                | 42. Osteomyelitis kronis <40 Th   |
| 13. Close Fractur Cruris <40 Th                | 43. OT Hematom                    |
| 14. Close Fractur Remur >40 Th                 | 44. Otitis Media Efusi            |
| 15. Close Fractur Remur <40 Th                 | 45. Otitis Media Supuratif Kronik |
| 16. Close Fractur Humerus >40 Th               | 46. Pneumonia Sepsis              |
| 17. Close Fractur Humerus <40 Th               | 47. Pneumonia                     |
| 18. Close Fractur Intertrokanter >40 Th        | 48. Polipektomi                   |
| 19. Close Fractur Intertrokanter <40 Th        | 49. PPOK Eks Akut                 |
| 20. Close Fractur Collum Femur >40 Th          | 50. PPOK Komplikasi               |
| 21. Close Fractur Collum Femur <40 Th          | 51. Removal of Implant >40 Th     |
| 22. Covid                                      | 52. Removal of Implant <40 Th     |
| 23. Empiema Sepsis                             | 53. Rhinitis Alergi               |
| 24. Endoskopi Laring                           | 54. Septoplasti                   |
| 25. Epistaksis                                 | 55. SNH                           |
| 26. Fibrilasi Atrium                           | 56. STEMI                         |
| 27. Fracture of Other Part of Lower Leg >40 th | 57. SVT                           |
| 28. Fracture of Other Part of Lower Leg <40 th | 58. Tonsilitis Adenoiditis Kronis |
| 29. Gagal Jantung Akut Cardio                  | 59. Total AV Block                |
| 30. Gagal Jantung Akut                         |                                   |

- 3) Permasalahan yang dihadapi
  - a) Saat ini pemenuhan *clinical pathway* masih menjadi prioritas berkaitan dengan operasionalisasi RSUP Surakarta, sementara kegiatan evaluasi kepatuhan terhadap *clinical pathway* belum terlaksana.
  - b) Format CP masih belum sesuai dengan standar aturan CP
- 4) Usul pemecahan masalah
  - a) Perlu dilaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan pelaksanaan *clinical pathway* yang ada.
  - b) Bekerjasama dengan PPA untuk mendiskusikan CP yang sudah ada agar dibuat sesuai dengan ketentuan CP

**b. Persentase tindak lanjut temuan audit**

Sebagai instansi yang telah menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum, RSUP Surakarta harus mengedepankan prinsip pengelolaan instansi yang baik melalui akuntabilitas dan transparansi. Untuk menjalankan fungsi tersebut maka dibentuklah Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) yang bertugas untuk melaksanakan fungsi pengawasan terhadap pelayanan dan kinerja yang ada di RSUP Surakarta.

Target capaian indikator persentase tindak lanjut temuan audit pada tahun 2023 adalah 100%

1) Kondisi yang dicapai

Berdasarkan perhitungan KPI tiap bulan, didapatkan temuan audit yang telah ditindaklanjuti sampai dengan tahun 2023 sebesar 100%.

Kondisi tersebut sesuai dengan target yang ditentukan, yaitu 100%.

Keberhasilan pencapaian target ini didukung oleh hal-hal sebagai berikut:

- a) Adanya Komitmen dari Seluruh Jajaran Direksi dan manajemen RSUP Surakarta dalam menindaklanjuti temuan
- b) Monitoring tindak lanjut audit dimasukkan dalam salah satu program kerja prioritas pengawasan
- c) Pengawasan yang berkelanjutan untuk meminimalisir temuan pemeriksaan

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian tindak lanjut temuan audit pada tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 yaitu 100%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

- 3) Perbandingan standar nasional  
Standar nasional yang digunakan adalah standar yang ditetapkan oleh Menpan RB terkait dengan zona integritas menuju WBK WBBM bahwa persentase tindak lanjut temuan audit adalah 100%.
- 4) Permasalahan yang dihadapi
  - a) Mekanisme *reward and punishment* bagi unit kerja terkait penyelesaian tindak lanjut temuan audit belum diterapkan.
  - b) Aplikasi Dashboard pemantauan tindak lanjut hasil audit belum bisa direalisasikan sampai akhir Tahun 2023 karena masih dalam antrian permintaan pembuatan aplikasi di IT.
  - c) Masih adanya SDM SPI yang rangkap jabatan di unit lain, sehingga kinerja SPI kurang optimal.
- 5) Usul pemecahan masalah
  - c) Ada *reward and punishment* bagi unit kerja yang tepat waktu dalam menindaklanjuti temuan hasil audit.
  - d) Melakukan koordinasi kembali dengan IT terkait penyelesaian aplikasi pemantauan tindak lanjut hasil audit.
  - e) Pengusulan penambahan SDM yang *fulltime* dengan kompetensi memadai di SPI

## 9. Sasaran Terwujudnya Status Institusi BBKPM Menjadi Rumah Sakit Umum Pusat

### a. Perijinan terselesaikan

Sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2021 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, maka seluruh Rumah Sakit, baik yang akan berdiri maupun fasilitas pelayanan kesehatan yang akan berubah menjadi Rumah Sakit maka wajib memiliki ijin, yaitu terdiri atas ijin mendirikan dan ijin operasional.

Ijin operasional RS sangat dibutuhkan sebagai pendukung pelaksanaan kewenangan RSUP Surakarta dalam pelayanan kesehatan guna mewujudkan pelayanan yang aman, bermutu dan efisien.

Perijinan terselesaikan adalah pencapaian perijinan operasional Rumah Sakit Umum kelas B terpenuhi.

Target capaian indikator perijinan terselesaikan pada tahun 2023 adalah terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B.

1) Kondisi yang dicapai

Kriteria	Capaian 2023
• AMDAL RS	100
• ANDALALIN	100
• Ijin peralatan sarana proteksi kebakaran: Hydrant, lift, genset	100
• Feasibility Study	100
• DED (Detail Enggining Desain)	100
• Master Plan	100
• Kalibrasi Peralatan	100
• Akreditasi	100
• Usulan Pembangunan Gedung pelayanan kelas B	-
• Usulan SDM pemenuhan SDM pelayanan Kelas B	-
• Pemenuhan 200 TT	-
• Pemenuhan SDM kelas B	-
Jumlah	800
Target	1200
% capaian secara keseluruhan	66,67

Capaian indikator perijinan terselesaikan pada tahun 2023 adalah terpenuhinya 66,67% persyaratan perijinan RS kelas B.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian Indikator ini tidak dapat diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya, karena merupakan proses tahapan dalam pemenuhan persyaratan perijinan rumah sakit kelas B pada tahun 2024.

3) Permasalahan yang dihadapi

Banyaknya sarana dan prasarana yang harus dipenuhi oleh RSUP Surakarta untuk memenuhi persyaratan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021, mengingat RSUP Surakarta baru operasional pada tahun 2020.

4) Usul pemecahan masalah

- a) Melakukan koordinasi dan pengajuan tambahan anggaran ke Kementerian Kesehatan guna pemenuhan persyaratan sarana dan prasarana sebagai RSUP Kelas B,
- b) Melakukan penambahan SDM dokter spesialis dengan membuka mutasi pegawai dokter spesialis dan penambahan kerjasama dengan dokter spesialis mitra (tamu)

## 10. Sasaran Terwujudnya Peningkatan Kapasitas dan Kapabilitas SDM

a. **Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi  $\geq 20$  jam**

Adalah persentase pegawai RSUP Surakarta yang mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi (pelatihan/workshop/sarasehan/kursus/penataran/

magang/seminar/simposium/bimtek/sosialisasi/e-learning/pembelajaran jarak jauh/coaching/kegiatan sejenis)  $\geq 20$  jam dalam satu tahun.

Target capaian persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi  $\geq 20$  jam pada tahun 2023 adalah terpenuhinya 45%.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian persentase pegawai RSUP Surakarta yang mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi  $\geq 20$  jam pada tahun 2023 sebesar 56,08% dari target yang ditetapkan sebesar 45%.

Pengembangan kompetensi pegawai dimaksudkan untuk membangun kapasitas dan kapabilitas internal untuk memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan efisien bagi masyarakat.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian persentase pegawai yang mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi  $\geq 20$  jam pada tahun 2022 sebesar 60,16%, sementara pada tahun 2023 mengalami penurunan capaiannya menjadi 56,08%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 50%) maka pencapaian indikator telah melebihi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a) Kepatuhan SDM / pegawai untuk melaporkan kegiatan pengembangan kompetensi diikuti khususnya yang pembiayaan mandiri masih belum optimal

b) Kegiatan pengembangan kompetensi masih mengelompok pada profesi tertentu, belum merata baik untuk level instalasi maupun profesi

4) Usul pemecahan masalah

a) Penerapan aplikasi SIMADAM dalam system pelaporan kegiatan

b) Lebih selektif dalam memberikan kesempatan mengikuti pelatihan, sehingga kegiatan pelatihan tidak hanya mengelompok pada profesi atau unit tertentu

## 11. Sasaran Terwujudnya Sistem Informasi RS Yang Terintegrasi

Pasal 44 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 menyebutkan bahwa “*Setiap Rumah Sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit dalam bentuk Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*”. Untuk melaksanakan pencatatan dan pelaporan tersebut dibutuhkan sistem informasi kesehatan yang handal guna mendukung pelayanan di Rumah Sakit.

**a. Persentase sistem IT terintegrasi**

Persentase Sistem IT terintegrasi adalah persentasi sistem informasi yang terintegrasi antara seluruh unit yang ada di RS yang berbasis komputer dan perangkat IT lainnya. Pengembangan sistem IT yang terintegrasi ini dimaksudkan untuk membangun kapasitas dan kapabilitas internal untuk memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan efisien.

Tahapan Implementasi dan Integrasi Modul Aplikasi SIMRS:

Level I	11) Rehabilitasi Medik
1) Sistem Antrian	12) Logistik dan Persediaan
2) Front Office (pendaftaran)	13) ICU / NICU / PICU
3) Poliklinik / Rawat Jalan	14) Farmasi
4) Billing System	Level IV
Level II	15) Manajemen Keuangan, Akuntansi dan Aset
5) Rawat Inap	16) Pemulasaraan Jenazah
6) IGD	17) Sistem Kepegawaian
7) Laboratorium	18) OK / Kamar Operasi
8) Radiologi	Level V
9) Integrasi Sistem lain ( <i>bridging system</i> )	19) E-Medical Record
Level III	20) Pendidikan dan Pelatihan
10) Instalasi Gizi	

Target capaian persentase sistem informasi pada tahun 2023 adalah 80% modul terintegrasi.

1) Kondisi yang dicapai

Pencapaian atas indikator terwujudnya sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi pada tahun 2023 adalah 94,44%.

Modul yang sudah terintegrasi pada SIMRS sebanyak 17 modul dari 18 modul yang ditargetkan (4 Modul pada Level I, 5 Modul pada Level II, 5 Modul pada Level III, dan 4 Modul pada Level IV).



NO	LEVEL	MODUL	TARGET	JUMLAH	IMPLEMENTASI
1	Level I	1) System Antrian	2020	1	1
		2) System front Office (Pendaftaran)		1	1
		3) Poliklinik / Rawat Jalan		1	1
		4) Billing System		1	1
2	Level II	1) Rawat Inap	2021	1	1
		2) IGD		1	1
		3) Laboratorium		1	1
		4) Radiologi		1	1
		5) Integrasi Sistem lain (Bridging system)		1	1
3	Level III	1) E-Medical Record	2022	1	1
		2) OK / Kamar Operasi		1	1
		3) Logistik dan Persediaan Medis		1	1
		4) Logistik dan Persediaan Non Medis		1	1
		5) Farmasi		1	1
4	Level IV	1) Instalasi Gizi	2023	1	1
		2) Dashboard dan Laporan		1	1
		3) Sistem Kepegawaian		1	0
		4) Rehabilitasi Medik		1	1
NILAI PENCAPAIAN				18	17
PERSEN PENCAPAIAN					94.44%

## 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Modul yang sudah terintegrasi pada SIMRS pada tahun 2021 sebanyak 7 modul dari 9 modul yang ditargetkan (Level I + Level II), tahun 2022 modul yang terintegrasi sudah mencapai 92,86% dari target 70% modul terintegrasi Level I+Level II+Level III.

Sampai dengan tahun 2023 modul yang terintegrasi sudah mencapai 94,44% dari target 80% modul terintegrasi dari level I s/d level IV.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 85% terintegrasi) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

## 3) Permasalahan yang dihadapi

Implementasi penggunaan SIMRS Khanza telah dilakukan pada bulan April 2021, dari evaluasi dengan unit-unit yang ada masih ditemukan data yang belum benar (valid) dan adanya kebutuhan pengembangan modul terkait pelayanan, hal ini menjadi kendala tersendiri dalam proses pengembangan IT di RSUP Surakarta.

4) Usul pemecahan masalah

Koordinasi internal antar instalasi/unit untuk meningkatkan komitmen dalam pelaksanaan SIMRS Khanza dan peningkatan kompetensi tim IT melalui pelatihan/kursus.

## 12. Sasaran Sarana dan Prasarana Sesuai Dengan Standard RSU Kelas B

### a. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana (*Overall Equipment Effectiveness/OEE*)

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

- Ketersediaan (*availability*) : **Ke**, adalah perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi
- Kinerja (*performance*) : **Ki**, adalah kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat
- Kualitas (*quality*) : **Ku**, adalah keluaran yang baik yang dihasilkan oleh suatu alat dibagi dengan total keluaran dari alat tersebut.

Peralatan yang akan dilakukan penilaian minimal peralatan sterilisasi, laundry dan peralatan sanitasi. Rumah sakit dapat menetapkan peralatan non-medis lainnya yang akan dilakukan penilaian keandalannya.

Target persentase tingkat kehandalan sarana dan prasarana atau *Overall Equipment Effectiveness (OEE)* pada tahun 2023 adalah 40%.

#### 1) Kondisi yang dicapai

Peningkatan keandalan sarana dan prasarana dimaksudkan untuk membangun kapasitas dan kapabilitas internal untuk memberikan pelayanan yang aman, bermutu dan efisien bagi masyarakat

Capaian persentase tingkat kehandalan sarana dan prasarana (OEE) selama tahun 2023 adalah sebesar 58%.

#### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Pencapaian persentase tingkat kehandalan sarana dan prasarana pada tahun 2023 mengalami peningkatan/penurunan bila dibandingkan dengan tahun 2022. Pada tahun 2022 persentase tingkat kehandalan sarana dan prasarana sebesar 48%, sementara tahun 2023 sebesar 58%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 40%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

- 3) Permasalahan yang dihadapi
  - a. Peningkatan jumlah pasien yang belum optimal
  - b. Lamanya waktu perbaikan peralatan kesehatan, sehingga menghambat pemanfaatan alat
- 4) Usul pemecahan masalah
  - a. Melakukan upaya pengembangan dan peningkatan mutu layanan, sehingga RSUP Surakarta menjadi pilihan pelanggan
  - b. Melakukan upaya promosi kelembagaan, dalam upaya mengenalkan pelayanan RSUP Surakarta dan meningkatkan kepercayaan dan kunjungan pelanggan.
  - c. Melakukan pemeliharaan rutin, sehingga peralatan kesehatan bisa termanfaatkan secara optimal

### **13. Sasaran program meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan**

#### **a. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes**

Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) merupakan satu lembaga negara yang bebas dan mandiri dalam memeriksa pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara. Hasil pemeriksaan tersebut dituangkan dalam rekomendasi hasil pemeriksaan yang harus ditindaklanjuti oleh *auditee*. Disebut tuntas apabila informasi tindak lanjut telah disertai dengan bukti pendukung yang memadai dan disetujui oleh auditor.

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

Target capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes pada tahun 2023 adalah 92,5%.

#### **1) Kondisi yang dicapai**

Capaian persentase rekomendasi hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes pada tahun 2023 seluruhnya sudah ditindaklanjuti 100%.

Keberhasilan pencapaian target ini didukung oleh hal-hal sebagai berikut :

- a) Adanya Komitmen dari Seluruh Jajaran Direksi dan manajemen RSUP Surakarta dalam menindaklanjuti temuan

- b) Monitoring tindak lanjut audit dimasukkan dalam salah satu program kerja prioritas pengawasan
  - c) Pengawasan yang berkelanjutan untuk meminimalisis temuan pemeriksaan
- 2) Perbandingan tahun sebelumnya
- Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023. Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 92,5%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.
- 3) Permasalahan yang dihadapi
- Untuk tahun 2023 adanya temuan yang melibatkan pihak eksternal, dalam hal ini Bank BNI dan BAPPETEN, sehingga membutuhkan waktu yang ekstra untuk penyelesaiannya walaupun pada akhirnya bisa terselesaikan.
- 4) Usul pemecahan masalah
- a. Meningkatkan pemantauan berjenjang pada setiap Direktorat untuk memitigasi risiko terkait seluruh aktivitas di lingkungan Direktorat
  - b. Peningkatan Peran SPI dalam kegiatan Pengawasan Pengadaan barang dan Jasa di Lingkungan Rumah Sakit

#### **b. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

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

Jumlah pendapatan rumah sakit yang ditargetkan pada tahun 2023 adalah sebesar Rp30.000.000,- dengan persentase realisasi target pendapatan BLU adalah 95%.

##### **1) Kondisi yang dicapai**

Realisasi pendapatan BLU RSUP Surakarta tahun 2023 adalah sebesar Rp47.274.627.515,- atau mencapai 157,58% dibandingkan target 95% yang ditetapkan. Adapun rincian pendapatan BLU tersebut terdiri dari:

- a) Pendapatan JKN sebesar Rp31.530.178.350,-
- b) Pendapatan Non JKN sebesar Rp9.658.252.165,-
- c) Pendapatan Covid sebesar Rp6.086.197.000,-

Adanya pembukaan poli eksekutif, penambahan layanan ortopedi, perluasan kerjasama MCU menjadi faktor yang mendukung tercapainya target pendapatan. Selain itu masih adanya klaim Covid juga turut menyumbang pendapatan RSUP Surakarta.

- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Pendapatan dari PNPB pada tahun 2022 mencapai Rp40.631.940.011,- atau mencapai 150,49% dari target sebesar Rp27.000.000.000,-, sementara pada tahun 2023 mencapai Rp47.274.627.515,- atau mencapai 157,58% dari target sebesar Rp40.000.000.000,-. Pendapatan tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022 mengalami peningkatan dari 150,49% menjadi 157,58%.
- 3) Permasalahan yang dihadapi  
Proporsi pendapatan BLU dari JKN masih cukup besar (67%) daripada Non JKN (20%) dan Covid (13%), agar mengoptimalkan pendapatan dari Non JKN.
- 4) Usul pemecahan masalah
  - a) Tetap meningkatkan kualitas pelayanan JKN dan menjalin kerjasama dengan banyak PPK tingkat pertama
  - b) Mengembangkan layanan Non JKN seperti Layanan Eksekutif, MCU dan Kerjasama Asuransi Non JKN

**c. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

Target capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni pada tahun 2023 adalah 97%.

- 1) Kondisi yang dicapai  
Realisasi pelaksanaan anggaran yang bersumber dari rupiah murni (RM) tahun 2023 adalah sebesar Rp33.817.164.694,- dari pagu alokasi anggaran RM sebesar Rp35.219.612.000,- atau mencapai 96,02% dari target 97% yang ditetapkan.
- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Persentase realisasi pelaksanaan anggaran yang bersumber RM pada tahun 2022 adalah 88,70% atau sebesar Rp55.591.751.061,- dari pagu alokasi anggaran RM sebesar Rp62.676.458.000,-.  
Dibandingkan dengan capaian tahun 2023 terjadi peningkatan dari 88,70% menjadi 96,02%.
- 3) Permasalahan yang dihadapi  
Pelaksanaan kegiatan/anggaran cenderung masih dilaksanakan pada semester 2, sehingga berpotensi menumpuk pada akhir tahun
- 4) Usul pemecahan masalah  
Mengaktifkan kembali kegiatan monitoring anggaran tiap bulan dan dilakukan *feedback* bagi PIC kegiatan agar melakukan kegiatan sesuai Rencana Kegiatan yang telah dilakukan.

#### d. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU

Target capaian persentase realisasi anggaran bersumber BLU pada tahun 2023 adalah 95%.

##### 1) Kondisi yang dicapai

Realisasi pelaksanaan anggaran yang bersumber dari BLU tahun 2023 adalah sebesar Rp35.670.056.442,- dari pagu alokasi anggaran BLU sebesar Rp37.431.079.000,- atau mencapai 95,30% dari target 95% yang ditetapkan.

##### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Persentase realisasi pelaksanaan anggaran yang bersumber BLU pada tahun 2022 adalah 95,00% atau sebesar Rp38.097.213.486,- dari pagu alokasi anggaran BLU sebesar Rp40.103.549.000,-.

Dibandingkan dengan capaian tahun 2023 terjadi peningkatan dari 95% menjadi 95,30%.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 95%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

##### 3) Permasalahan yang dihadapi

Pelaksanaan kegiatan/anggaran cenderung masih dilaksanakan pada semester 2, sehingga berpotensi menumpuk pada akhir tahun

##### 4) Usul pemecahan masalah

Mengaktifkan kembali kegiatan monitoring anggaran tiap bulan dan dilakukan *feedback* bagi PIC kegiatan agar melakukan kegiatan sesuai Rencana Kegiatan yang telah dilakukan.

#### e. Persentase nilai EBITDA

EBITDA margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha ataupun pelayanan rumah sakit vertikal dengan Pendapatan usaha rumahsakit vertikal.

Pendapatan usaha yaitu dari usaha/upaya layanan operasional.

Target capaian persentase nilai EBITDA pada tahun 2023 adalah 10% untuk tipe organisasi RS = 3.

##### 1) Kondisi yang dicapai

Capaian EBITDA margin tahun 2023 adalah -32.37% dengan skor 50. Klasifikasi skor nilai EBITDA adalah:

Nilai EBITDA < 0 skor 50;  $\leq 0$  Nilai EBITDA  $\leq 10\%$  skor 70; dan Nilai EBITDA >10% skor 100.

- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.  
Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 10%) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.
- 3) Permasalahan yang dihadapi  
Persentase capaian Ebitda margin masih minus karena RSUP Surakarta masih dalam taraf pengembangan dimana pendapatan operasional BLU belum dapat menutupi beban operasional yang ada, dan RSUP Surakarta masih membutuhkan dukungan subsidi dari pemerintah.
- 4) Usul pemecahan masalah  
Meningkatkan produktivitas pendapatan dengan tetap menjaga jumlah beban tidak terlalu meningkat tajam terutama beban pegawai dan persediaan.

#### **14. Sasaran program meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit**

##### **a. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan**

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

Target capaian indikator pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan pada tahun 2023 adalah 2 laporan (1 laporan per semester).

- 1) Kondisi yang dicapai  
Capaian indikator pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan pada tahun 2023 telah diselesaikan 2 laporan.
- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.  
Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 2 laporan) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.
- 3) Permasalahan yang dihadapi  
Pelaporan pelaksanaan audit medis dilakukan di akhir masing-masing semester (Juni dan Desember 2023).

- 4) Usul pemecahan masalah
  - a) Membuat Jadwal rutin audit medis
  - b) Diakukan monitoring dan evaluasi secara berkala setiap bulan terkait program kerja audit medis.

## 15. Sasaran program terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal

### a. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.

Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.

RS menyediakan fasilitas parkir sesuai kebutuhan, dimana zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir.

Target capaian indikator ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar pada tahun 2023 adalah 70%.

#### 1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator ketersediaan fasilitas parkir yang tersedia di RSUP Surakarta tahun 2023 adalah 75,24% atau mencapai 107,49% dari target 70%.

#### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 70%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

#### 3) Permasalahan yang dihadapi

Keterbatasan lahan RSUP Surakarta sehingga tidak memungkinkan untuk menambah ruang parkir kendaraan.

#### 4) Usul pemecahan masalah

Mengatur jam kunjungan pasien agar tidak menumpuk disatu titik waktu.

### b. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang mulai dari pasien *check in* di RS sampai dengan menerima obat.



*Check in* adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.

Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit, sedangkan target persentase waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\geq 80\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tahun 2023 adalah 91,98% atau mencapai 114,98% dari target 80%.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 80%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a) Belum efisiennya sistem pelayanan di rawat jalan seperti pasien masuk ke ruang periksa dalam kondisi yang belum siap diperiksa sehingga setiap pasien membutuhkan waktu lebih lama saat berada di ruang periksa.

b) Ketidak sesuaian kedatangan pasien dengan jam cek in sehingga pasien menunggu lama.

4) Usul pemecahan masalah

a) Perawat memastikan kesiapan pasien dan berkas yang diperlukan sebelum masuk ruang periksa

b) Membuat sistem jam cek in yang tersinkronisasi dengan jam mulai poliklinik dokter secara real time

**c. Penundaan waktu Operasi Elektif**

Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

Persentase penundaan waktu operasi elektif didapat dari jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam dibagi jumlah pasien operasi elektif.

Target capaian indikator persentase penundaan waktu operasi elektif adalah  $< 3\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase penundaan waktu operasi elektif tahun 2023 tercapai yaitu 2,14% dibanding dengan target  $< 3\%$ .

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra <3%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Sarana dan prasarana pendukung seperti AC di ruang OK, ruang sterilisasi, Air RO, CSSD yang belum operasional secara maksimal.

4) Usul pemecahan masalah

Perlu penambahan AC untukantisipasi terjadinya masalah atau kerusakan pada AC tersebut.

**d. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik**

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.

Target capaian indikator persentase ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah >80%.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase ketepatan waktu pelayanan di poliklinik tahun 2023 adalah 100% atau mencapai 125% dari target  $\geq 80\%$ .

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra  $\geq 80\%$ ) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Indikator ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tahun 2023 sudah memenuhi standar.

4) Usul pemecahan masalah

Indikator ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik tahun 2023 sudah memenuhi standar.

**e. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI**

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja (pukul 06.00 - 14.00).

Target capaian indikator persentase ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI adalah  $\geq 80\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI tahun 2023 adalah 86,75% atau mencapai 108,44% dari target  $\geq 80\%$ .

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra  $\geq 80\%$ ) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a. Jumlah pasien rawat inap dan rawat jalan mengalami peningkatan

b. Penambahan jumlah layanan dokter spesialis sehingga waktu visite lebih beragam

c. SDM dokter yang menempuh pendidikan sub spesialis

4) Usul pemecahan masalah

a. Membagi jadwal visite dan poli rawat jalan

b. Penambahan SDM

**f. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU**

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas KJSU dan KIA sesuai Indikator Klinis RS Vertikal.

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

Target capaian indikator Klinis RS adalah 1 indikator 1 layanan.

1) Kondisi yang dicapai

Rata-rata capaian indikator Klinis RS tahun 2023 adalah 2 indikator tercapai dan 2 indikator lainnya NA.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 1 indikator 1 layanan) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a) Penghitungan waktu pemberian fibrinolitik, masih belum optimal, dikarenakan penulisan jam advice diberikan fibrinolitik dan jam mulai diberikan pada pasien, sering tidak ditulis pada CPPT.

b) Fibrinolitik diberikan di ICU sesuai dengan pertimbangan klinis dari DPJP, sehingga belum optimal untuk indikator klinis door to needle <30 menit.

c) Pasien STEMI yang masuk ranap, terdapat komplikasi Odem Pulmo (Gagal Jantung Akut), sehingga di exclude sesuai dengan DO.

4) Usul pemecahan masalah

Sosialisasi pada dokter jaga IGD dan ICU, mengenai indikator door to needle <30 menit, sehingga pencatatan waktu advice dan waktu pemberian dapat diinput pada CPPT.

## 16. Sasaran program meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

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

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

1) Kondisi yang dicapai

Capaian pelaporan indikator ini dalam tahun 2023 adalah 12 laporan.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 12 laporan) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Dari 13 indikator mutu nasional, terdapat 1 indikator yang capaiannya belum memenuhi target INM yang ditetapkan, yaitu waktu tunggu rawat jalan

- 4) Usul pemecahan masalah
  - a) Meningkatkan koordinasi instalasi/unit layanan dalam mengoptimalkan capaian layanan
  - b) Memberikan umpan balik kepada unit dan atau pegawai pada saat dilakukan penilaian/ atau evaluasi tidak sesuai dengan standar yang telah ditetapkan

**b. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol**

Kejadian sentinel adalah suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien, sentinel juga dapat disebabkan oleh hal lain selain insiden.

Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol adalah Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel *never event* atau nihil.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian pelaporan indikator ini dalam tahun 2023 adalah 12 laporan.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 12 laporan) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Koordinasi instalasi/unit dalam menyampaikan laporan kejadian sentinel belum optimal

4) Usul pemecahan masalah

Meningkatkan koordinasi instalasi/unit layanan dalam mengoptimalkan penyampaian laporan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel = 0.

**17. Sasaran program Indikator Mutu Nasional**

**a. Kepatuhan kebersihan tangan**

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan

alkohol (*alcohol-based handrubs*) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.

Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.

Target capaian persentase kepatuhan kebersihan tangan tahun 2023 adalah  $\geq 90\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan kebersihan tangan tahun 2023 adalah 91,82% atau mencapai 102,02% dari target  $\geq 90\%$ .

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target nasional INM ( $\geq 85\%$ ) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

- a) Sebagian petugas belum melaksanakan momen 1 dan momen 2
- b) Pemakaian sarung tangan mengakibatkan tenaga kesehatan merasa aman tanpa cuci tangan
- c) Handrub di ruangan kadang tidak siap pakai
- d) Feedback IPCN DAN IPCLN kurang

4) Usul pemecahan masalah

- a) Pendampingan IPCN dan IPCLN lebih ditingkatkan
- b) Pemantauan ketersediaan sarana cuci tangan di ruangan
- c) Pendampingan lebih ditekankan untuk momen yang belum tercapai

Usulan perbaikan telah dilakukan oleh IPCN hal ini dibuktikan dengan semakin meningkatnya capaian angka kepatuhan cuci tangan dari bulan ke bulan, akan tetapi karena diawal tahun capaiannya yang kurang optimal sehingga pada akhir tahun belum tercapai.

**b. Kepatuhan penggunaan APD**

Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.

Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau

cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).

Target capaian persentase kepatuhan penggunaan APD tahun 2023 adalah 100%

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan penggunaan APD tahun 2023 adalah 100%.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target INM (100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Masih didapatinya penggunaan APD yang belum tepat dan benar pada petugas

4) Usul pemecahan masalah

Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD yang tepat dan benar pada petugas

**c. Kepatuhan identifikasi pasien**

Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).

Target capaian indikator persentase kepatuhan penggunaan identifikasi pasien tahun 2023 adalah 100%.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan identifikasi pasien tahun 2023 adalah 100%.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target INM (100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Identifikasi pasien mutlak dilakukan sejak awal pasien masuk RS

4) Usul pemecahan masalah

Meningkatkan kepatuhan petugas dalam pelaksanaan identifikasi pasien

#### d. Waktu tunggu rawat jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.

Target capaian indikator persentase waktu tunggu rawat jalan ( $\leq 60$  menit) tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$ .

##### 1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator waktu tunggu rawat jalan tahun 2023 adalah 57,83% atau mencapai 72,29% dari target yang ditetapkan (80%).

Strategi yang dilakukan untuk menurunkan waktu tunggu rawat jalan di 2023 adalah

- a) Menerapkan pendaftaran online 100 % pada pasien rawat jalan mulai 1 Januari 2023.
- b) Mengatur jam registrasi pasien, dengan tujuan mengatur jam kedatangan pasien
- c) Reschedule jam praktek dokter dan disinkronkan dengan pendaftaran online

##### 2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target IN ( $\geq 80\%$ ) maka pencapaian indikator belum memenuhi target yang ditetapkan.

##### 3) Permasalahan yang dihadapi

- a) Pasien datang pada waktu yang bersamaan
- b) Penumpukan pasien klinik paru pada hari tertentu
- c) Jumlah pasien meningkat
- d) Belum efisiennya sistem pelayanan di rawat jalan seperti pasien masuk keruang periksa dalam kondisi yang belum siap diperiksa sehingga setiap pasien membutuhkan waktu lebih lama saat berada di ruang periksa

##### 4) Usul pemecahan masalah

- a) Mengatur waktu kedatangan pasien dengan pendaftaran online
- b) Mengatur jam dan jadwal praktek dokter spesialis per hari
- c) Perawat memastikan kesiapan pasien dan berkas yang diperlukan sebelum masuk ruang periksa



- d) Memberikan edukasi kepada pasien untuk datang sesuai jadwal dan jam kedatangan yang telah diinformasikan pada saat melakukan pendaftaran online

**e. Pelaporan hasil kritis laboratorium**

Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.

Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.

Target capaian indikator persentase pelaporan hasil kritis laboratorium tahun 2023 adalah 100%.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase pelaporan hasil kritis laboratorium tahun 2023 adalah 100%.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target INM (100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a) Pengetahuan dan kemampuan petugas dalam pelaporan dan dokumentasi pelaporan nilai kritis perlu ditingkatkan

b) Pelaporan hasil nilai kritis masih dilakukan secara manual

c) Sarana komunikasi yang belum optimal

4) Usul pemecahan masalah

a) Meningkatkan kepatuhan petugas dalam pelaporan hasil kritis laboratorium

b) Sosialisasi SPO pelaporan hasil nilai kritis secara periodic

c) Pemanfaatan IT untuk penyampaian hasil nilai kritis dari laboratorium ke ruang poli, rawat inap, atau IGD

d) Pemasangan sarana LIS di laboratorium

**f. Kepatuhan penggunaan formularium nasional**

Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah persepsan obat (R/): recipe dalam lembar.

Target capaian indicator persentase kepatuhan penggunaan formularium nasional tahun 2023 adalah  $\geq 90\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan penggunaan formularium nasional tahun 2023 adalah 99,83% atau mencapai 110,92% dari target yang ditetapkan.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target INM ( $\geq 80\%$ ) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

- a) Belum luasnya variasi golongan dan obat yang masuk formularium, terutama yang bersifat spesialistik
- b) Belum optimalnya peran Tim KFT (Komite Farmasi dan Terapi yang mempunyai wewenang dalam hal menentukan penggunaan obat.
- c) Belum optimalnya informasi dan komunikasi dalam implementasi penggunaan obat Fornas
- d) Penulisan resep dalam pelayanan kesehatan yang berdasarkan formularium nasional perlu ditingkatkan

4) Usul pemecahan masalah

- a) Menambah variasi obat yang masuk formularium nasional maupun formularium rumah sakit
- b) Meningkatkan sosialisasi kebijakan dalam penggunaan obat sesuai formularium nasional oleh Tim KFT rumah sakit
- c) Meningkatkan peran IT (SIMKES rumah sakit) dalam memfilter dalam penggunaan obat
- d) Meningkatkan kepatuhan petugas dalam penulisan resep berdasarkan formularium nasional

**g. Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*)**

*Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di RS.

Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

Target capaian indikator persentase kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) tahun 2023 adalah  $\geq 85\%$ .

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) tahun 2023 adalah 100% atau mencapai 117,65% dari target yang ditetapkan.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target INM ( $\geq 80\%$ ) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

a) Indikator ketepatan terhadap alur CP 2023 senilai 100% sudah mencapai standar yaitu  $\geq 85\%$

b) Ada format CP yang masih belum sesuai dengan standar aturan CP

4) Usul pemecahan masalah

Mendiskusikan CP yang sudah ada agar dibuat sesuai dengan ketentuan CP sehingga pengisian CP sesuai dengan standar aturan CP.

#### h. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:

- Assessment awal risiko jatuh
- Assessment ulang risiko jatuh
- Intervensi pencegahan risiko jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Target capaian indikator persentase kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2023 adalah 100%.

1) Kondisi yang dicapai

Capaian indikator persentase kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2023 adalah 100%.

- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.  
Dibanding dengan target INM (100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target yang ditetapkan.
- 3) Permasalahan yang dihadapi  
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh telah dilaksanakan sesuai standar
- 4) Usul pemecahan masalah  
Meningkatkan kepatuhan petugas dalam upaya pencegahan risiko pasien jatuh

## 18. Sasaran program Indikator RPJMN

### a. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Integrasi sistem informasi merupakan suatu proses teknik menggabungkan berbagai komponen/subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar. Prosedur tersebut menghubungkan beberapa komponen terpisah yang kadang diproduksi oleh vendor berbeda. Sistem informasi surveilans UPT diintegrasikan dengan sistem informasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Target capaian indikator terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital tahun 2023 adalah 1 sistem.

- 1) Kondisi yang dicapai  
Sistem Informasi TB (SITB) merupakan salah satu website aplikasi yang digunakan untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kasus Tuberkulosis. SITB merupakan aplikasi yang wajib digunakan oleh semua pemangku kepentingan seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Dokter Praktek Mandiri (DPM), Klinik, Laboratorium, Farmasi untuk melakukan pencatatan dan pelaporan kasus TB dalam satu platform yang terintegrasi.  
Sistem informasi surveilans berbasis digital terdapat pada SIMRS Khanza RSUP Surakarta modul **Data TB**. Modul Data TB ini berfungsi untuk mengintegrasikan data TB dari SIMRS dan SITB sehingga data penyisiran pasien TB secara elektronik melalui SIMRS dapat terkirim ke SITB secara otomatis.
- 2) Perbandingan tahun sebelumnya  
Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 1 sistem) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Masih dijumpai kurang teliti dalam pengisian diagnose pasien pada SITB

4) Usul pemecahan masalah

a) Membuat sistem dan alur pencatatan berbasis teknologi

b) Meningkatkan ketelitian pengisian diagnosa pasien yang tercatat pada SITB

**b. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan**

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik yang selanjutnya disingkat dengan RME, adalah rekam medis yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital. Unit yang wajib mengimplementasikan RME yaitu gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, layanan penunjang (laboratorium, radiologi) dan farmasi.

Target capaian indikator implementasi RME terintegrasi tahun 2023 adalah 100%.

1) Kondisi yang dicapai

Pelaksanaan rekam medis elektronik (RME) di RSUP Surakarta telah di implementasikan dalam aplikasi SIMRS. Semua unit atau instalasi yang wajib melaksanakan RME telah 100% mengimplementasikan RME tersebut.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra 100%) maka pencapaian indikator telah memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Unit atau instalasi yang wajib melaksanakan RME mengimplementasikan RME

4) Usul pemecahan masalah

Meningkatkan koordinasi unit atau instalasi dalam mengimplementasikan RME

**c. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit**

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu = 30 menit.

Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.

Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.

Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.

Target capaian indikator waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat tahun 2023 adalah  $\leq 30$  menit.

1) Kondisi yang dicapai

Rata-rata capaian indikator waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat tahun 2023 adalah 44,38 menit.

2) Perbandingan tahun sebelumnya

Capaian indikator ini tidak dapat dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya karena indikator ini baru diterapkan pada tahun 2023.

Dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra  $\leq 30$  menit) maka pencapaian indikator belum memenuhi target Renstra yang ditetapkan.

3) Permasalahan yang dihadapi

Kurangnya koordinasi antara IGD, Laboratorium dan IBS sehingga membutuhkan waktu lebih dari 30 menit

4) Usul pemecahan masalah

Memberikan tanda khusus untuk semua pemeriksaan Cito.

### C. ANALISIS ATAS EFISIENSI PENGGUNAAN SUMBER DAYA

RSUP Surakarta sebagai satuan kerja Badan Layanan Umum dituntut untuk terus meningkatkan kinerjanya dalam meningkatkan pelayanan dengan tetap meutamakan keselamatan pasien serta pendapatan setiap tahunnya.

Pemenuhan dan penggunaan sumber daya tentu sangat berkaitan erat dengan sumber anggaran. Dalam setiap pelaksanaan kegiatan penunjang kinerja RSUP Surakarta senantiasa berupaya melakukan efisiensi dalam rangka pencapaian atas target kinerja yang telah ditargetkan.

#### 1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) kesehatan di lingkungan RSUP Surakarta tahun 2023 sebanyak 293 orang terdiri 41 orang tenaga medis, 131 orang tenaga perawat/bidan, dan 80 tenaga kesehatan lainnya dan 41 orang tenaga struktural, administrasi/non kesehatan.

Tabel 3. Rasio Output Layanan dengan SDM (ROLSDM)

Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023
Jumlah kunjungan	46.972	63.238
Jumlah SDM	257	293
ROLSDM	182,77	215,83

Jumlah kunjungan pasien tahun 2023 sebesar 63.238 (rawat jalan 59.310 dan rawat inap 3.928).

Dari data diatas terlihat rasio jumlah kunjungan dibandingkan dengan jumlah SDM nakes adalah sebesar 215,83. Ini menunjukkan produktivitas SDM RSUP Surakarta tahun 2023 meningkat dibandingkan tahun 2022.

Tabel 4. Pendapatan dengan SDM (PSDM)

Uraian	Tahun 2022	Tahun 2023
Pendapatan BLU (Rp)	40.675.925.063	47.274.627.515
Jumlah SDM	257	293
PSDM	158.272.082	161.346.852

Dari tabel pendapatan dengan SDM terlihat bahwa pada tahun 2023, satu orang SDM menyumbang pendapatan lebih tinggi dari tahun 2022.

Manajemen RS terus mengupayakan program pemberdayaan SDM guna meningkatkan serta efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan di lingkungan RSUP Surakarta.

## 2. Sumber Daya Anggaran

Sumber daya anggaran RSUP Surakarta Tahun 2023 berjumlah Rp72.650.691.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp35.219.612.000,- dan anggaran BLU Rp 37.431.079.000,-. Realisasi sampai akhir tahun 2023 dalam mendukung tercapainya kinerja RSUP Surakarta untuk anggaran RM adalah sebesar Rp33.817.164.694,- atau mencapai 96,02% dan untuk anggaran BLU adalah sebesar Rp35.670.056.442,- atau mencapai 95,30%. Secara keseluruhan realisasi atau penyerapan anggaran tahun 2023 mencapai sebesar Rp 69.487.221.136,- atau sebesar 95,65% dari alokasi anggaran sebesar Rp72.650.691.000,-.

Realisasi anggaran tersebut dilaksanakan melalui efisiensi dalam pelaksanaan kegiatan dan pengadaan yang telah dilakukan tanpa mengurangi volume kegiatan maupun output. Dari sisi pengadaan, efisiensi anggaran didapat dari selisih nilai HPS yang dilelangkan dengan nilai kontrak berdasarkan penawaran yang diajukan oleh penyedia. Untuk pengadaan melalui e-purchasing, efisiensi anggaran diperoleh dari pembebasan biaya/ongkos pengiriman oleh penyedia.

Biaya yang dikeluarkan RS dibandingkan dengan pendapatan tahun 2022 tercatat sebesar 132,75%, sedangkan biaya yang dikeluarkan RS dibandingkan dengan pendapatan pada tahun 2023 tercatat sebesar 138,88%. Terjadi peningkatan biaya RS sebesar 6,13% yang salah satu penyebabnya adanya penambahan SDM yang cukup signifikan sebagai dampak dari upaya peningkatan layanan di RS.

Perbandingan biaya yang dikeluarkan RS tahun 2022 dan tahun 2023 dapat dilihat pada table berikut.

Tabel 5. Perbandingan Biaya RS Tahun 2022 dan 2023

No.	Uraian	TA 2022	%	TA 2023	%
1	PNBP	43,103,344,715		44,418,941,858	
2	Beban Operasional	57,220,704,092	132.75%	61,689,455,616	138.88%
	Beban pegawai	25,813,718,000	59.9%	31,209,351,441	70.3%
	Beban persediaan	5,442,691,737	12.6%	4,725,052,744	10.6%
	Beban barang dan jasa	8,966,225,407	20.8%	11,695,802,000	26.3%
	Beban pemeliharaan	4,297,683,467	10.0%	4,969,657,314	11.2%
	Beban perjalanan dinas	567,024,122	1.3%	942,792,294	2.1%
	Beban penyusutan dan amortisasi	12,133,361,359	28.1%	8,164,872,341	18.4%
	Beban penyisihan piutang tak tertagih	-	0.0%	(18,072,518)	0.0%

#### D. SUMBER DAYA

##### 1. Sumber Daya Manusia

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSUP Surakarta perlu didukung dengan adanya sumber daya manusia (SDM) yang memadai. SDM selama kurun waktu sampai dengan 31 Desember tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 6. Pegawai RSUP Surakarta berdasar status kepegawaian 2022-2023

No	Jenis Ketenagaan	2022	2023
1.	PNS	198	200
2.	PPPK	2	17
3.	Non PNS	57	76
Jumlah		257	293

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa total pegawai RSUP Surakarta kondisi sampai bulan Desember 2023 berjumlah 287 orang, dengan rincian 200 Orang berstatus PNS (68,26%), 17 Orang berstatus PPPK (5, 80%) dan 76 orang berstatus Non PNS (25,94%).



Tabel 7. Jumlah PNS RSUP Surakarta berdasarkan Jabatan

No	Jabatan	PNS	PPPK	Non PNS	Jumlah
1	Dokter Umum	18	1	4	23
2	Dokter Gigi	2			2
3	Dokter Spesialis Paru	3			3
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2			2
5	Dokter Spesialis Radiologi	1			1
6	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1			1
7	Dokter Spesialis THT-KL	1			1
8	Dokter Spesialis Bedah	2			2
9	Dokter Spesialis Obgyn	2			2
10	Dokter Spesialis Anestesi	2			2
11	Dokter Spesialis Mata	1			1
12	Dokter Spesialis Anak	1			1
13	Perawat Ners	9		5	14
14	Perawat DIII	48	11	42	101
15	Perawat Gigi	2			2
16	Asisten Penata Anestesi	1			1
17	Apoteker	7		2	9
18	Asisten Apoteker	10	2	2	14
19	Bidan	8		6	14
20	Pranata Laboratorium Kesehatan	11	1	3	15
21	Radiografer	7	1		8
22	Perekam Medis	8	1	5	14
23	Fisioterapis	3			3
24	Nutrisionis	4			4
25	Penyuluh Kesehatan Masyarakat	3			3
26	Epidemiolog Kesehatan	2			2
27	Sanitarian	2			2
28	Teknisi Elektro Medis	2			2
29	Pembimbing K3	2			2
30	Administrator Kesehatan	1			1
31	Pranata Komputer	5		1	6
32	Auditor	1			1
33	Pranata Humas	2		1	3
34	Analisis Kepegawaian	3			3
35	Perencana	2			2
36	Arsiparis	5			5
37	Sekretaris	1			1
38	Keuangan	8		3	11
39	Administrasi lain	7		2	9

No	Jabatan	PNS	PPPK	Non PNS	Jumlah
	Jumlah	200	17	76	293

Berdasar tabel diatas, per bulan Desember 2023 dari 217 PNS, jabatan fungsional tertentu sejumlah 200 orang (92,17%), jabatan fungsional umum sejumlah 17 orang (7,83%).

Tabel 8. PNS RSUP Surakarta berdasarkan golongan

No	Golongan	2022	Tambah	Kurang	2023
1.	Golongan IV	14	3		17
2.	Golongan III	128	4		132
3.	Golongan II	56		5	51
4.	Golongan X (PPPK)	0	1		1
5.	Golongan VII (PPPK)	0	16		16
Jumlah		198	24	5	217

Berdasar data pada tabel diatas, terlihat bahwa jumlah PNS RSUP Surakarta Golongan IV berjumlah 17 Orang (7,83%), Golongan III berjumlah 132 Orang (60,83%), Golongan II berjumlah 51 (23,50%), Golongan X (PPPK) berjumlah 1 (0,46%) dan Golongan VII (PPPK) berjumlah 16 (7,38%).

Dilihat dari segi usia, PNS RSUP Surakarta dikelompokkan menjadi sebagai berikut:

Tabel 9. PNS RSUP Surakarta berdasarkan Usia

No	Usia	2022	Tambah	Kurang	2023
1.	Usia 20 tahun - 30 tahun	41	3		44
2.	Usia >30 tahun - 40 tahun	70	11		81
3.	Usia >40 tahun - 50 tahun	60	2		62
4.	Usia >50 tahun	27	3		30
Jumlah		198	19		217

Berdasar data pada tabel diatas, terlihat bahwa jumlah PNS RSUP Surakarta mayoritas berusia antara >30-40 tahun. Usia tersebut merupakan usia produktif guna melaksanakan tugas dan fungsi. Kondisi tersebut harus dimanfaatkan guna mengembangkan RSUP Surakarta.

Tabel 10. PNS RSUP Surakarta berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	2022	Tambah	Kurang	2023
1.	SLTP	0			0
2.	SLTA	9		1	8
3.	Diploma 1	0			0
4.	Diploma III/Akademi	105	16		121

No	Pendidikan	2022	Tambah	Kurang	2023
5.	Diploma IV	5			5
6.	Sarjana	38		2	36
7.	Pasca Sarjana dan Dokter	25	5		30
8.	Dokter Spesialis	16	1		17
	TOTAL	198	22	3	217

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar pegawai memiliki latar belakang pendidikan diploma, sarjana serta pasca sarjana. Potensi ini merupakan kekuatan RSUP Surakarta untuk memaksimalkan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan disiplin dan jenjang pendidikan yang dimiliki oleh masing-masing pegawai.

## 2. Sumber Daya Anggaran

Alokasi anggaran RSUP Surakarta di awal tahun anggaran 2023 adalah sebesar Rp74.272.375.000,- dengan rincian sebagai berikut :

- Bersumber dari BLU : Rp30.000.000.000,-
- Bersumber dari Rupiah Murni : Rp44.272.375.000,-

Pada bulan Mei 2023 RSUP Surakarta menggunakan saldo awal sebesar Rp7.431.079.000,- yang dipergunakan untuk pengadaan alat kesehatan. Alokasi anggaran RSUP Surakarta setelah penambahan saldo awal menjadi Rp81.652.794.000,- dengan rincian sebagai berikut :

- Bersumber dari BLU : Rp37.431.079.000,-
- Bersumber dari Rupiah Murni : Rp44.221.715.000,-

Pada bulan Agustus 2023 RSUP Surakarta terdapat pengurangan anggaran belanja melalui Automatic Adjustment (AA) sebesar Rp9.973.849.000,- sehingga alokasi anggaran RSUP Surakarta menjadi sebesar Rp71.678.945.000,- dengan rincian sebagai berikut :

- Bersumber dari BLU : Rp37.431.079.000,-
- Bersumber dari Rupiah Murni : Rp34.247.866.000,-

Pada bulan November 2023 RSUP Surakarta terdapat penambahan anggaran belanja pegawai sebesar Rp971.746.000,- sehingga alokasi anggaran RSUP Surakarta menjadi sebesar Rp72.650.691.000,- dengan rincian sebagai berikut :

- Bersumber dari BLU : Rp37.431.079.000,-
- Bersumber dari Rupiah Murni : Rp35.219.612.000,-

Dari total alokasi anggaran yang diterima RSUP Surakarta tersebut, rincian alokasi anggaran berdasar kegiatan ditampilkan dalam tabel berikut:

Tabel 11. Anggaran RSUP Surakarta berdasar Kegiatan

No	Kegiatan	Alokasi DIPA
<i>DIPA AWAL</i>		74.272.375.000,-
1.	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksanaan Teknis Ditjen Yankes	40.000.000.000,-
2.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	34.272.375.000,-
<i>SETELAH PENAMBAHAN PENGGUNAAN SALDO AWAL</i>		81.652.794.000,-
1.	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksanaan Teknis Ditjen Yankes	47.431.079.000,-
2.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	34.221.715.000,-
<i>SETELAH PENGURANGAN BELANJA (AA)</i>		71.678.945.000,-
1.	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksanaan Teknis Ditjen Yankes	46.016.281.000,-
2.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	25.662.664.000,-
<i>SETELAH PENAMBAHAN BELANJA PEGAWAI</i>		72.650.691.000,-
1.	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksanaan Teknis Ditjen Yankes	46.016.281.000,-
2.	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	26.634.410.000,-

### 3. Sumber Daya Sarana Dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) tahun 2023 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 12. Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2023

Akun Neraca	Nilai BMN Periode Tahun 2023		
	Saldo awal	Mutasi	Saldo akhir
<b>POSISI BMN DI NERACA</b>	<b>261,467,824,920</b>	<b>(78,548,054)</b>	<b>261,389,276,866</b>
ASET LANCAR	4,588,348,105	10,722,374,824	15,310,722,929
Persediaan	4,588,348,105	10,722,374,824	17,990,306,122
ASET TETAP	256,874,956,824	(10,799,509,879)	246,075,446,945
Tanah	149,676,973,000	-	149,676,973,000
Peralatan dan Mesin	109,236,644,123	5,722,643,599	114,959,287,722
Gedung dan Bangunan	55,994,746,988	50,000,000	56,044,746,988
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	1,504,667,702	-	1,504,667,702
Aset Tetap Lainnya	-	-	-
Konstruksi Dalam Pengerjaan	635,405,760	-	635,405,760
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(60,173,480,749)	(16,572,153,478)	(76,745,634,227)
ASET LAINNYA	4,519,991	(1,412,999)	3,106,992
Kemitraan dengan Pihak Ketiga	-	-	-
Aset Tidak Berwujud	259,240,000	-	259,240,000
Aset Lain-lain	3,381,536,286	-	3,381,536,286
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(3,636,256,295)	(1,412,999)	(3,637,669,294)

## E. Realisasi Anggaran

### 1. Realisasi Pelaksanaan Anggaran 2023

Anggaran RSUP Surakarta terdiri dari anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dan bersumber dari PNPB. Realisasi pelaksanaan anggaran selama tahun 2023 ditampilkan sebagai berikut:

Tabel 13. Realisasi Anggaran RSUP Surakarta Tahun 2023

No	ANGGARAN	PAGU	REALISASI	SISA ANGGARAN	%
A	Rupiah Murni				
1	Belanja Pegawai	12,640,909,000	12,253,936,941	386,972,059	96.94
2	Belanja Barang	20,157,889,000	19,159,847,028	998,041,972	95.05
3	Belanja Modal	2,420,814,000	2,403,380,725	17,433,275	99.28
	TOTAL RM	35,219,612,000	33,817,164,694	1,402,447,306	96.02
B	PNBP/BLU				
1	Belanja Pegawai	-	-	-	-
2	Belanja Barang	36,030,963,000	34,322,436,641	1,708,526,359	95.26%
3	Belanja Modal	1,400,116,000	1,347,619,801	52,496,199	96.25%
	TOTAL BLU	37,431,079,000	35,670,056,442	1,761,022,558	95.30%
	TOTAL ANGGARAN	72,650,691,000	69,487,221,136	3,163,469,864	95.65%

- a. Anggaran RM alokasi Rp35.219.612.000,- dengan realisasi penyerapan Rp33.817.164.694,- atau sebesar 96,02% terdiri dari:
  - Belanja pegawai alokasi sebesar Rp12.640.909.000,- realisasi sebesar Rp12.253.936.941,- atau sebesar 96,94%.
  - Belanja barang alokasi sebesar Rp20.157.889.000,- realisasi sebesar Rp19.159.847.028,- atau sebesar 95,05%.
  - Belanja modal alokasi sebesar Rp2.420.814.000,- realisasi sebesar Rp2.403.380.725,- atau sebesar 99,28%
- b. Anggaran BLU alokasi Rp37.431.079.000,- dengan realisasi penyerapan Rp35.670.056.442,- atau sebesar 95,30% terdiri dari:
  - Belanja barang alokasi sebesar Rp36.030.963.000,- realisasi sebesar Rp34.322.436.641,- atau sebesar 95,26%.
  - Belanja modal alokasi sebesar Rp1.400.116.000,- realisasi sebesar Rp1.347.619.801,- atau sebesar 96,25%.

### 2. Realisasi Pendapatan Tahun 2023

Pendapatan RSUP Surakarta tahun 2023 dari PNPB berdasarkan data cash basis berjumlah Rp47,274,627,515,- atau sebesar 157,58% dari target penerimaan yang

ditetapkan di tahun 2023 sebesar Rp30.000.000.000,-. Rincian atas pendapatan RSUP Surakarta tahun 2023 ditampilkan pada tabel sebagai berikut:

Tabel 14. Rincian Pendapatan RSUP Surakarta Tahun 2023

AKUN	URAIAN	REALISASI
424111	Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	37.655.832.985
424312	Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	85.850.293
424313	Pendapatan Hasil Kerja Sama Pemerintah Daerah	653.477.402
424421	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	6.590.825.210
424911	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	2.114.927.610
424913	Komisi Potongan dan/atau Bentuk Lain Sebagai Akibat dari Pengadaan Barang/Jasa oleh BLU	-
424919	Pendapatan Lain-lain BLU	57.888.335
424921	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Tanah	66.145.680
424922	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung	49.680.000
	JUMLAH	47.274.627.515

LAKIP ini menunjukkan pencapaian kinerja RSUP Surakarta sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI yang berada dibawah pembinaan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan selama kurun waktu dari Bulan Januari-Desember 2023 sesuai dengan tugas pokok yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

#### A. Kesimpulan

Pengukuran terhadap berbagai indikator yang telah ditetapkan RSUP Surakarta selama tahun 2023 sebagian besar telah mencapai bahkan melebihi dari target yang ditetapkan. Realisasi atas pencapaian indikator kinerja utama RSUP Surakarta 2023 secara lengkap ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 15. Rekapitulasi Capaian IKU Tahun 2023

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	% Capaian	Keterangan
1. Terwujudnya kemandirian finansial dan <i>cost effectiveness</i> pelayanan;	1. POBO	48%	75,67%	157,65%	Tercapai
	2. Audit keuangan	WTP	WTP	100%	Tercapai
2. Terwujudnya peningkatan pencapaian indikator kesehatan nasional;	3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%	81,17%	95,49%	Tidak Tercapai
	4. <i>Nett Death Rate</i>	≤24‰	20,79‰	100%	Tercapai
3. Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> " (melebihi ekpektasi);	5. Persentase kepuasan pasien	>85%	85,51%	100,6%	Tercapai
	6. Persentase respon terhadap komplain	100%	100,00%	100%	Tercapai
4. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi;	7. Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)	≤30 menit	1,70 menit	100%	Tercapai
5. Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian;	8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30	30	100%	Tercapai
	9. Jumlah penelitian terpublikasi	2	2	100%	Tercapai
	10. Jumlah pelatihan terakreditasi	2	2	100%	Tercapai
6. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan;	11. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	12	12	100%	Tercapai
	12. Jumlah jejaring komunitas	2	2	100%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	% Capaian	Keterangan
	13. Persentase pelaksanaan SISRUITE di RS UPT Vertikal	85%	90,32%	106,26%	Tercapai
7. Terwujudnya RS yang terakreditasi;	14. Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal	Survei Internal	100%	Tercapai
8. Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel;	15. Jumlah Clinical Pathway terpenuhi	37	59	159,46%	Tercapai
	16. Persentase tindaklanjut temuan audit	100	100%	100%	Tercapai
9. Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana;	17. Perijinan terselesaikan	Terpenuhi nya 65% persyaratan perijinan RS kelas B	Terpenuhi 66.67%	102,57%	Tercapai
10. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM;	18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi $\geq$ 20 jam	45%	56,08%	124,62%	Tercapai
11. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi;	19. Persentase sistem IT terintegrasi	80%	94,44%	118,05%	Tercapai
12. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B.	20. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i> )	40%	56,50%	141,25%	Tercapai
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	21. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Yankes	92,5%	100%	108,11%	Tercapai
	22. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	157,58%	165,87%	Tercapai
	23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96,02%	98,99%	Tidak Tercapai
	24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%	95,30%	100,32%	Tercapai
	25. Persentase nilai EBITDA	10%	-32,37%	50%	Tidak Tercapai
14. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	100%	Tercapai
15. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	75,42%	107,49%	Tercapai
	28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq$ 80%	91,98%	114,98%	Tercapai



Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja Utama	Target	Realisasi	% Capaian	Keterangan
	29. Penundaan waktu Operasi Elektif	≤3%	2,14%	100%	Tercapai
	30. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥80%	100%	125%	Tercapai
	31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥80%	87,05%	108,81%	Tercapai
	32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan	2 tercapai, 2 NA	100%	Tercapai
16. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	33. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan	12 laporan	100%	Tercapai
	34. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 laporan	12 laporan	100%	Tercapai
17. Indikator Nasional Mutu	35. Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	91,04%	101,16%	Tidak Tercapai
	36. Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	100%	Tidak Tercapai
	37. Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100%	Tercapai
	38. Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	57,83%	72,29%	Tidak Tercapai
	39. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	Tercapai
	40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	99,83%	110,92%	Tercapai
	41. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	100%	117,65%	Tercapai
	42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	Tercapai
18. Indikator RPJMN	43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem	1 sistem	100%	Tercapai
	44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%	100%	100%	Tercapai
	45. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit	44,38 menit	52,07%	Tidak Tercapai
<b>Jumlah</b>		<b>4739,59%</b>			
<b>% Rata-rata capaian tahun 2023</b>		<b>105,32%</b>			

Dari 45 indikator kinerja utama yang ada, tercapai sebanyak 40 indikator (88,89%) yang capaiannya  $\geq 100\%$  dan 5 indikator (11,11%) yang capaiannya  $< 100\%$ . Persentase capaian terhadap target sebesar 105,32%. Indikator yang belum mencapai target, yaitu:

- Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (*success rate*) sebesar 81,17% (mencapai 95,49%)
- Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 96,02% (mencapai 98,99%)
- Persentase nilai EBITDA sebesar -32,37% (mencapai 50%)
- Waktu tunggu rawat jalan sebesar 57,83% (mencapai 72,29%)
- Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit sebesar 44,38 menit (mencapai 52,07%)

Total alokasi anggaran RSUP Surakarta tahun anggaran 2023 adalah sebesar Rp72.650.691.000,- dengan rincian bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp35.219.612.000,- dan dari BLU Rp37.431.079.000,-. Realisasi belanja anggaran tahun 2023 sebesar Rp69.487.221.136,- atau mencapai 95,65% dari alokasi anggaran yang tersedia sebesar Rp72.650.691.000,-.

Sementara pendapatan dari PNBPN pada tahun 2023 mencapai Rp47,274,627,515,- atau mencapai 157,58% dari target pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp30.000.000.000,-. Seluruh output kegiatan telah dilaksanakan sehingga alokasi anggaran yang tidak terserap merupakan efisiensi kegiatan.

## B. Rencana Tindak Lanjut

Untuk meningkatkan pencapaian kinerja agar lebih baik, rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah:

- a. Meningkatkan komitmen seluruh pegawai mulai dari tingkat manajerial sampai pelaksana untuk terus berupaya dalam melakukan peningkatan kinerja, mutu layanan dan keselamatan pasien.
- b. Perbaiki kualitas manajemen rumah sakit, peningkatan koordinasi serta kinerja antar unit kerja/instalasi.
- c. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan perencanaan program pelatihan.

# LAMPIRAN

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) SURAKARTA**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Jamilatun Rosidah, MM

Jabatan : Direktur RSUP Surakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

  
**dr. Azhar Jaya, SKM, MARS**  
NIP 197106262000031002

  
**dr. Jamilatun Rosidah, MM**  
NIP 197705032005012002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) SURAKARTA**

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	TARGET
1	Terwujudnya kemandirian finansial dan <i>cost effectiveness</i> pelayanan	1 POBO	48%
		2 Opini audit keuangan	Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)
2	Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan Nasional	3 Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%
		4 <i>Nett Death Rate</i>	≤24%
3	Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> "	5 Persentase kepuasan pelanggan	>85 %
		6 Persentase respon terhadap complain	100%
4	Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi	7 Waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD ( <i>ERRT</i> )	≤30 menit
5	Terwujudnya rumah sakit umum pusat surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian	8 Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30
		9 Jumlah penelitian terpublikasi	2
		10 Jumlah pelatihan terakreditasi	2
6	Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan	11 Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	12
		12 Jumlah jejaring komunitas	2
		13 Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
7	Terwujudnya RS yang terakreditasi	14 Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal
8	Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel	15 Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi	37
		16 Persentase tindaklanjut temuan audit	100%
9	Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat	17 Perijinan terselesaikan	Terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B
10	Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM	18 Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam	45%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	TARGET
11	Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi	19 Persentase sistem IT terintegrasi	80%
12	Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B	20 Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/ OEE</i> )	40%
13	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	21 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Ditjen Pelayanan Kesehatan	92.50%
		22 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		23 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		24 Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%
		25 Persentase nilai EBITDA	10%
14	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26 Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
15	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	27 Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		28 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		29 Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		30 Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		31 Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		32 Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	33 Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		34 Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan	12 Laporan

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	TARGET
		target kejadian sentinel nol	
17	Indikator Mutu Nasional	35 Kepatuhan kebersihan tangan (INM)	≥ 90%
		36 Kepatuhan penggunaan APD (INM)	100%
		37 Kepatuhan identifikasi pasien (INM)	100%
		38 Waktu tunggu rawat jalan (INM)	≥ 80%
		39 Pelaporan hasil kritis laboratorium (INM)	100%
		40 Kepatuhan penggunaan formularium nasional (INM)	≥ 90%
		41 Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) (INM)	≥ 85%
		42 Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (INM)	100%
18	Indikator RPJMN	43 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
		44 Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%
		45 Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit

**Program**

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Program Dukungan Manajemen

**Anggaran**

Rp41.114.798.000,-  
Rp33.157.577.000,-

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

  
**dr. Azhar Jaya, SKM, MARS**  
**NIP 197106262000031002**

  
**dr. Jamilatun Rosidah, MM**  
**NIP 197705032005012002**

**PERBANDINGAN CAPAIAN IKU TAHUN 2022 DAN 2023, TARGET JANGKA MENENGAH DAN TARGET NASIONAL**

No.	Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023			Target Akhir RSB	Target Nasional/ Internasional	Keterangan
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian			
1	POBO	45%	76.24%	169.42%	48%	75.67%	157.65%	50%	75%	Melampaui target akhir RSB
2	Opini audit keuangan	WTP	WTP	100%	WTP	WTP	100%	WTP	--	Mencapai target akhir RSB
3	Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus ( <i>success rate</i> )	85%	81.34%	95.69%	85%	81.17%	95.49%	85%	85%	
4	<i>Nett Death Rate</i>	≤24 %	16.71	130.38%	≤24%	20.79	100%	≤24%	≤24%	Melampaui target akhir RSB
5	Persentase kepuasan pelanggan	>85%	92.33%	108.62%	>85 %	85.51%	100.60%	>85 %	76.61%	Melampaui target akhir RSB
6	Persentase respon terhadap komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	--	Mencapai target akhir RSB
7	Waktu tunggu penanganan kegawatdaruratan respirasi di IGD ( <i>ERRT</i> )	≤30 menit	1 menit 22 detik	195.44%	≤30 menit	1 menit 42 detik	100%	≤30 menit	--	
8	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	29	29	100%	30	30	100%	31	--	
9	Jumlah penelitian terpublikasi	2	2	100%	2	2	100%	2	--	
10	Jumlah pelatihan terakreditasi	2	2	100%	2	2	100%	3	--	
11	Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan	10	10	100%	12	12	100%	14	--	
12	Jumlah jejaring komunitas	1	1	100%	2	2	100%	3	--	
13	Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	71.31%	101.87%	85%	90.32%	106.26%	100%	--	
14	Pencapaian Akreditasi SNARS	Terakreditasi	Terakreditasi	100%	Survei Internal	Survei Internal	100%	Survei Internal	Terakreditasi	Mencapai target akhir RSB
15	Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi	32	32	100.00%	37	59	159.46%	42	--	Mencapai target akhir RSB
16	Persentase tindak lanjut temuan audit	100%	100%	100.00%	100%	100%	100%	100%	100%	
17	Perijinan terselesaikan	Terpenuhinya 50% persyaratan perijinan RS kelas B	Terpenuhi 58.33%	116.66%	Terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B	Terpenuhi 66.67%	102.57%	Terpenuhinya 80% persyaratan perijinan RS kelas B	--	
18	Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam	40%	60.16%	150.40%	45%	56.08%	124.62%	50%	--	Melampaui target akhir RSB
19	Persentase sistem IT terintegrasi	70%	92.86%	132.66%	80%	94.44%	118.05%	85%	--	Melampaui target akhir RSB
20	Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana ( <i>Overall Equipment Effectiveness/ OEE</i> )	40%	48.00%	120.00%	40%	56.50%	141.25%	40%	--	Melampaui target akhir RSB
21	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan				92.50%	100%	108.11%	--	--	
22	Persentase realisasi target pendapatan BLU				95%	157.58%	165.87%	--	--	
23	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				97%	96.02%	98.99%	--	--	
24	Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU				95%	95.30%	100.32%	--	--	
25	Persentase nilai EBITDA Margin				10%	-32.37%	50%	--	--	



No.	Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023			Target Akhir RSB	Target Nasional/ Internasional	Keterangan
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian			
26	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing RS setiap 6 bulan				2 kali	2 kali	100%	--	--	
27	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				70%	75.24%	107.49%	--	--	
28	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				≥ 80%	92.09%	114.98%	--	--	
29	Penundaan waktu operasi elektif				≤ 3%	2.14%	100%	--	≤ 5%	Melampaui target nasional
30	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik				≥ 80%	100%	125.00%	--	--	
31	Ketepatan waktu visite dokter unuk pasien RI				≥ 80%	87.05%	108.81%	--	≥ 80%	Melampaui target nasional
32	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU				1 indikator 1 layanan	2 Tercapai, 2 NA	100%	--	--	
33	Laporan bulanan pengukuran 13 indikator nasional mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator				12 Laporan	12 Laporan	100%	--	--	
34	Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				12 Laporan	12 Laporan	100%	--	--	
35	Kepatuhan kebersihan tangan				≥ 90%	91.04%	101.16%	--	≥ 85%	Melampaui target nasional
36	Kepatuhan penggunaan APD				100%	100.00%	100.00%	--	100%	Mencapai target nasional
37	Kepatuhan identifikasi pasien				100%	100%	100%	--	100%	Mencapai target nasional
38	Waktu tunggu rawat jalan				≥ 80%	57.83%	72.29%	--	≥ 80%	Mencapai target nasional
39	Pelaporan hasil kritis laboratorium				100%	100%	100%	--	100%	Mencapai target nasional
40	Kepatuhan penggunaan formularium nasional				≥ 90%	99.83%	110.92%	--	≥ 80%	Melampaui target nasional
41	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)				≥ 85%	100%	117.65%	--	≥ 80%	Melampaui target nasional
42	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				100%	100%	100%	--	100%	
43	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital				1 Sistem	1 Sistem	100%	--	--	
44	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan				100%	100%	100%	--	--	
45	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit				≤30 menit	44.38 menit	52.07%	--	--	

**NERACA**  
**TINGKAT SATUAN KERJA**  
**PER 31 DESEMBER 2023 - UNAUDITED**  
**(DALAM RUPIAH)**



KEMENTERIAN NEGERA/LEMBAGA : ( 024 ) KEMENTERIAN KESEHATAN  
 UNIT ORGANISASI : ( 04 ) DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
 WILAYAH/PROVINSI : ( 0300 ) JAWA TENGAH  
 SATUAN KERJA : ( 415397 ) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Tgl Data : 29/01/24 6:00 AM  
 Tgl Cetak : 29/01/24 7:34 AM  
 Halaman : 1

lap\_neraca\_satker\_komparatif

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
<b>ASET</b>				
<b>ASET LANCAR</b>				
Kas pada Badan Layanan Umum	28,388,689,306	40,784,118,235	(12,395,428,929)	(30.39)
Investasi Jangka Pendek- Badan Layanan Umum	36,000,000,000	12,000,000,000	24,000,000,000	200.00
Pendapatan yang Masih Harus Diterima	189,817,274	5,671,233	184,146,041	3,247.02
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	3,980,683,672	3,933,453,603	27,230,069	0.69
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(19,903,418)	(19,767,268)	(136,150)	0.69
PIUTANG DARI KEGIATAN OPERASIONAL BLU (NETTO)	3,960,780,254	3,933,686,335	27,093,919	0.69
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	3,478,240	0	3,478,240	0.00
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(17,391)	0	(17,391)	0.00
PIUTANG DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL BLU (NETTO)	3,460,849	0	3,460,849	0.00
Persediaan	14,418,827,060	4,588,348,105	9,830,479,555	214.25
<b>JUMLAH ASET LANCAR</b>	<b>82,961,575,343</b>	<b>61,311,823,908</b>	<b>21,649,751,435</b>	<b>35.31</b>
<b>ASET TETAP</b>				
Tanah	149,676,973,000	149,676,973,000	0	0.00
Peralatan dan Mesin	114,959,287,722	109,236,644,123	5,722,643,599	5.24
Gedung dan Bangunan	56,044,746,988	55,994,746,988	50,000,000	0.09
Jalan, Irigasi dan Jaringan	1,504,667,702	1,504,667,702	0	0.00
Konstruksi Dalam Pengerjaan	635,405,760	635,405,760	0	0.00
AKUMULASI PENYUSUTAN	(76,745,634,227)	(60,173,480,749)	(16,572,153,478)	27.54
<b>JUMLAH ASET TETAP</b>	<b>246,075,446,945</b>	<b>256,874,956,824</b>	<b>(10,799,509,879)</b>	<b>(4.20)</b>
<b>ASET LAINNYA</b>				
Aset Tak Berwujud	257,940,000	257,940,000	0	0.00
Dana Yang Dibatasi Penggunaannya	423,261,476	0	423,261,476	0.00
Aset Lain-lain	3,382,836,286	3,382,836,286	0	0.00
AKUMULASI PENYUSUTAN AMORTISASI ASET LAINNYA	(3,637,669,294)	(3,636,256,295)	(1,412,999)	0.04
<b>JUMLAH ASET LAINNYA</b>	<b>426,368,468</b>	<b>4,519,991</b>	<b>421,848,477</b>	<b>9,332.95</b>
<b>JUMLAH ASET</b>	<b>329,463,390,756</b>	<b>318,191,300,723</b>	<b>11,272,090,033</b>	<b>3.54</b>
<b>KEWAJIBAN</b>				
<b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>				
Utang kepada Pihak Ketiga	2,025,362,043	1,698,382,931	326,979,112	19.25
Pendapatan Diterima Dimuka	62,286,602	98,764,736	(36,478,134)	(36.93)
<b>JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>	<b>2,087,648,645</b>	<b>1,797,147,667</b>	<b>290,500,978</b>	<b>16.16</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>	<b>2,087,648,645</b>	<b>1,797,147,667</b>	<b>290,500,978</b>	<b>16.16</b>
<b>EKUITAS</b>				
<b>EKUITAS</b>				

**NERACA**  
**TINGKAT SATUAN KERJA**  
**PER 31 DESEMBER 2023 - UNAUDITED**  
**(DALAM RUPIAH)**



**KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA** : ( 024 ) KEMENTERIAN KESEHATAN  
**UNIT ORGANISASI** : ( 04 ) DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
**WILAYAH/PROVINSI** : ( 0300 ) JAWA TENGAH  
**SATUAN KERJA** : ( 415397 ) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Tgl Data : 29/01/24 6:00 AM  
Tgl Cetak : 29/01/24 7:34 AM  
Halaman : 2

lap\_neraca\_saiker\_komparatif

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
Ekuitas	327,375,742,111	316,394,153,056	10,981,589,055	3.47
<b>JUMLAH EKUITAS</b>	<b>327,375,742,111</b>	<b>316,394,153,056</b>	<b>10,981,589,055</b>	<b>3.47</b>
<b>JUMLAH EKUITAS</b>	<b>327,375,742,111</b>	<b>316,394,153,056</b>	<b>10,981,589,055</b>	<b>3.47</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS</b>	<b>329,463,390,756</b>	<b>318,191,300,723</b>	<b>11,272,090,033</b>	<b>3.54</b>

Keterangan :

BELUM FINAL

\*J) MASIH BELUM DILAKUKAN TUTUP PERIODE

Surakarta, 29 Januari 2024  
Penanggung Jawab UAKPA  
DIREKTUR

dr. Jamliatun Rosidah, MM  
197705032005012002

**LAPORAN OPERASIONAL - BLU**  
**TINGKAT SATUAN KERJA**  
**UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022**  
(dalam rupiah)

**KEMENTERIAN NEGARA/LEMBAGA** : 024  
**ESELON I** : 04  
**WILAYAH/PROVINSI** : 0300  
**SATUAN KERJA** : 415397  
**JENIS SATUAN KERJA** : K8

**KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**DITJEN PELAYANAN KESEHATAN**  
**JAWA TENGAH**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA**

Kode Lap : LO.SATBLU  
Tanggal : 30/01/24 11:16 AM  
Halaman : 1  
Prg ID : lap\_blu\_lo\_satker  
Tgl Data : 30/01/24 3:09 AM

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
KEGIATAN OPERASIONAL	0	0	0	
PENDAPATAN OPERASIONAL	0	0	0	
Pendapatan Alokasi APBN	33,817,164,694	55,580,288,316	(21,763,123,622)	(39.156)
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	35,491,510,799	21,936,331,943	13,555,178,856	61.793
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	5,299,222,210	16,493,723,960	(11,194,501,750)	(67.871)
Pendapatan Hibah BLU	1,618,175,180	6,189,266,063	(4,571,090,883)	(73.855)
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	739,327,695	540,762,461	198,565,234	36.719
Pendapatan BLU Lainnya	2,468,689,248	1,113,931,368	1,354,757,880	121.62
<b>JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL</b>	<b>79,434,089,826</b>	<b>101,854,304,111</b>	<b>(22,420,214,285)</b>	<b>(22.012)</b>
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>	<b>79,434,089,826</b>	<b>101,854,304,111</b>	<b>(22,420,214,285)</b>	<b>(22.012)</b>
BEBAN OPERASIONAL	0	0	0	
Beban Pegawai	32,426,130,331	25,813,718,090	6,612,412,241	25.616
Beban Persediaan	5,887,629,537	15,570,458,997	(9,682,829,460)	(62.187)
Beban Barang dan Jasa	12,117,080,957	8,966,225,407	3,150,855,550	35.141
Beban Pemeliharaan	4,969,657,314	4,288,591,729	681,065,585	15.881
Beban Perjalanan Dinas	942,792,294	567,024,122	375,768,172	66.27
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	
Beban Penyusutan dan Amortisasi	16,621,416,477	12,592,557,638	4,028,858,839	31.994
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	17,391	0	17,391	
<b>JUMLAH BEBAN OPERASIONAL</b>	<b>72,964,724,301</b>	<b>67,798,575,983</b>	<b>5,166,148,318</b>	<b>7.62</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN OPERASIONAL</b>	<b>6,469,365,525</b>	<b>34,055,728,128</b>	<b>(27,586,362,603)</b>	<b>(81.004)</b>
KEGIATAN NON OPERASIONAL	0	0	0	
Surplus/Defisit Pelepasan Aset Non Lancar	18,300,000	20,525,000	(2,225,000)	(10.84)
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	18,300,000	20,525,000	(2,225,000)	(10.84)
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	0	0	0	
Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	(139,448,169)	(413,643,593)	274,195,424	(66.288)
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	17,300,372	280,045,194	(262,744,822)	(93.822)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	156,748,541	693,688,787	(536,940,246)	(77.404)
<b>JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>	<b>(121,148,169)</b>	<b>(393,118,593)</b>	<b>271,970,424</b>	<b>(69.183)</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT - LO</b>	<b>6,348,217,356</b>	<b>33,662,609,535</b>	<b>(27,314,392,179)</b>	<b>(81.142)</b>

**LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023  
(DALAM RUPIAH)**



**KEMENTERIAN/LEMBAGA** : KEMENTERIAN KESEHATAN 024  
**ESELON I** : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04  
**SATUAN KERJA** : RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA 415397

Tgl Data : 31/01/24 6:00 AM  
Tgl Cetak : 31/01/24 11:55 AM  
Halaman : 1  
lap\_lra\_face\_satker\_new

URAIAN	2023				2022			
	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	4	5	6	7	8	9	10
<b>A. Pendapatan Negara Dan Hibah</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>I. Pendapatan Perpajakan</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
1. Pajak Dalam Negeri	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Pajak Perdagangan Internasional	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>II. Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak</b>	<b>30,000,000,000</b>	<b>47,310,227,885</b>	<b>17,310,227,885</b>	<b>158</b>	<b>27,000,016,000</b>	<b>40,675,925,063</b>	<b>13,675,909,063</b>	<b>151</b>
1. Pendapatan Sumber Daya Alam	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Pendapatan dari Kekayaan Negara Dipisahkan	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Pendapatan BLU	30,000,000,000	47,274,627,513	17,274,627,513	158	27,000,016,000	40,631,940,012	13,631,924,012	150
4. Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya	0	35,600,372	35,600,372	0	0	43,985,051	43,985,051	0
<b>III. Pendapatan Hibah</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Jumlah Pendapatan Negara dan Hibah (A.I + A.II + A.III)</b>	<b>30,000,000,000</b>	<b>47,310,227,885</b>	<b>17,310,227,885</b>	<b>158</b>	<b>27,000,016,000</b>	<b>40,675,925,063</b>	<b>13,675,909,063</b>	<b>151</b>
<b>B. Belanja Negara</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>I. Belanja Pemerintah Pusat</b>	<b>72,650,691,000</b>	<b>69,487,221,136</b>	<b>(3,163,469,864)</b>	<b>96</b>	<b>102,780,007,000</b>	<b>93,677,501,802</b>	<b>(9,102,505,198)</b>	<b>91</b>
1. Belanja Pegawai	12,640,909,000	12,253,936,941	(386,972,059)	97	16,976,617,000	11,028,150,901	(5,948,466,099)	65
2. Belanja Barang	56,188,852,000	53,482,283,669	(2,706,568,331)	95	42,448,524,000	39,533,078,694	(2,915,445,306)	93
3. Belanja Modal	3,820,930,000	3,751,000,526	(69,929,474)	98	43,354,866,000	43,116,272,207	(238,593,793)	99
4. Belanja Pembayaran Bunga Utang	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Belanja Subsidi	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Belanja Hibah	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Belanja Bantuan Sosial	0	0	0	0	0	0	0	0
8. Belanja Lain-lain	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>II. Transfer ke Daerah dan Dana Desa</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1. Transfer ke Daerah	0	0	0	0	0	0	0	0

**LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023  
(DALAM RUPIAH)**



KEMENTERIAN/LEMBAGA : KEMENTERIAN KESEHATAN 024  
ESELON I : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04  
SATUAN KERJA : RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA 415397

Tgl Data : 31/01/24 6:00 AM  
Tgl Cetak : 31/01/24 11:55 AM  
Halaman : 2  
lap\_ira\_face\_satker\_new

URAIAN	2023				2022			
	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	4	5	6	7	8	9	10
a. Dana Perimbangan	0	0	0	0	0	0	0	0
1. Dana Transfer Umum	0	0	0	0	0	0	0	0
a. Dana Bagi Hasil	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Dana Alokasi Umum	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Dana Transfer Khusus	0	0	0	0	0	0	0	0
a. Dana Alokasi Khusus Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Dana Alokasi Khusus Non Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Dana Insentif Daerah	0	0	0	0	0	0	0	0
c. Dana Kelstiwamaan DIY	0	0	0	0	0	0	0	0
d. Dana Otonomi Khusus	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Dana Desa	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Hibah Kepada Daerah	0	0	0	0	0	0	0	0
Jumlah Belanja Negara (B.I + B.II)	72,650,691,000	69,487,221,136	(3,163,469,864)	96	102,780,007,000	93,677,501,802	(9,102,505,198)	91
C. PEMBIAYAAN	0	0	0	0	0	0	0	0

Keterangan :  
FINAL

Surakarta, 31 Januari 2024  
Penanggung Jawab UAKPA  
DIREKTUR

dr. Jamiatun Rosidah, MM  
197705032005012002



**SURAT PENGESAHAN DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : SP DIPA- 024.04.2.415397/2023**



05.0310-9708-0091-2947

**Revisi ke 11**

Tanggal : 01 Desember 2023

**A. Dasar Hukum:**

- UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
- UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
- UU No.28 Tahun 2022 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2023

**B. Dengan ini disahkan Alokasi Anggaran Untuk:**

- Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN
  - Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan
  - Provinsi : (03) JAWA TENGAH
  - Kode>Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA
    - Status BLU : Penuh
    - Besaran Presentase Ambang Batas : 10% dari PNPB
- Sebesar : Rp. 72.650.691.000 ( TUJUH PULUH DUA MILIAR ENAM RATUS LIMA PULUH JUTA ENAM RATUS SEMBILAN PULUH SATU RIBU RUPIAH )

Untuk kegiatan-kegiatan sebagai berikut :

Kode dan Nama Fungsi dan Sub Fungsi :

- 07 KESEHATAN  
07.90 KESEHATAN LAINNYA

Kode dan Nama Program dan Kegiatan :

Jumlah Uang

**Terlampir**

**C. Sumber Dana Berasal Dari :**

1. Rupiah Murni	Rp.	35.219.612.000	4. Pinjaman/Hibah Dalam Negeri	Rp.	0
2. PNPB			- Pinjaman Dalam Negeri	Rp.	0
PNBP TA Berjalan	Rp.	37.431.079.000	- Hibah Dalam Negeri	Rp.	0
- Penggunaan Saldo Awal BLU	Rp.	7.431.079.000	5. Hibah Langsung	Rp.	0
3. Pinjaman/Hibah Luar Negeri	Rp.	0	- Hibah Luar Negeri Langsung	Rp.	0
- Pinjaman Luar Negeri	Rp.	0	- Hibah Dalam Negeri Langsung	Rp.	0
- Hibah Luar Negeri	Rp.	0	6. SBSN PBS	Rp.	0

**D. Pencairan dana dilakukan melalui :**

1. KPPN SURAKARTA (028) Rp. 72.650.691.000

**E. Pernyataan Syarat dan Ketentuan (Disclaimer)**

- DIPA Petikan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari DIPA Induk (Nama Program, Unit Organisasi dan Kementerian Negara/Lembaga).
- DIPA Petikan ini dicetak secara otomatis melalui sistem yang dilengkapi dengan kode pengaman berupa digital stamp sebagai pengganti tanda tangan pengesahan (otentikasi).
- DIPA Petikan berfungsi sebagai dasar pelaksanaan kegiatan satker dan pencairan dana/pengesahan bagi Bendahara Umum Negara/Kuasa Bendahara Umum Negara.
- Rencana Penarikan Dana dan Penilaian Penerimaan yang tercantum dalam Halaman III DIPA disisi sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan.
- Tanggung jawab terhadap penggunaan anggaran yang tertuang dalam DIPA Petikan sepenuhnya berada pada Pengguna Anggaran/Kuasa Pengguna Anggaran.
- Dalam hal terdapat perbedaan data antara DIPA Petikan dengan database RKA-K/L-DIPA Kementerian Keuangan maka yang berlaku adalah data yang terdapat di dalam database RKA-K/L-DIPA Kementerian Keuangan (berdasarkan bukti-bukti yang ada).
- DIPA Petikan berlaku sejak tanggal 1 Januari 2023 sampai dengan 31 Desember 2023.

Jakarta, 30 November 2022  
A.N. MENTERI KEUANGAN  
DIREKTUR JENDERAL ANGGARAN

td.  
ISA RACHMATARWATA  
NIP. 196612301991021001

**LAMPIRAN**  
**SURAT PENGESAHAN DAFTAR ISI PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN**  
**TAHUN ANGGARAN 2023**  
**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**



05.0310-9708-0001-2047

Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp.	46.016.281.000
DG.0388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp.	46.016.281.000
WA	Program Dukungan Manajemen	Rp.	26.634.410.000
WA.4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp.	26.634.410.000



**DAFTAR ISI AN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023  
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023  
I A. INFORMASI KINERJA**



Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Informasi BLU:

1. Status BLU : Penuh  
2. Besaran Persentase Ambang Balas : 10,00% dari PNSP

3. Saldo Awal Kas BLU : RP. 52.784.118.235  
4. Saldo Akhir Kas BLU : RP. 43.353.039.235

Halaman : I A. 1

Program	: 024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			46.016.281.000
Kegiatan	: 6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan			46.016.281.000
Indikator Kinerja Kegiatan	: 1. 01	Jumlah UPT Vertikal yang ditingkatkan sarana, prasarana dan aksesnya			
Klasifikasi Rincian Output 1	: 6388.ADE	Akreditasi Lembaga	1,00	Lembaga, Unit Kerja	16.000.000
Rincian Output	: 01 ADE.001	Akreditasi Rumah Sakit - LR	1,00	Unit Kerja	16.000.000
Klasifikasi Rincian Output 2	: 6388.BJB	Penyidikan dan Pengujian Peralatan	50,00	Unit, Sertifikat	220.000.000
Rincian Output	: 01 BJB.001	Layanan Pengujian Kalibrasi dan Proteksi Radiasi (LR)	50,00	Unit	220.000.000
Klasifikasi Rincian Output 3	: 6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	123,00	Paket, Unit	16.632.057.000
Rincian Output	: 01 CAB.002	Alat Kesehatan (LR)	115,00	Paket	1.916.188.000
	: 02 CAB.003	Obat-obatan dan BMHP (LR)	8,00	Paket	14.715.869.000
Klasifikasi Rincian Output 4	: 6388.CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	164,00	Unit	1.270.790.000
Rincian Output	: 01 CAN.001	Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR)	164,00	Unit	1.270.790.000
Klasifikasi Rincian Output 5	: 6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	12,00	Layanan, Laporan, Dokumen, Rekomendasi, Unit	27.038.089.000
Rincian Output	: 01 EBA.902	Layanan Umum	12,00	Layanan	27.038.089.000

**DAFTAR ISI AN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023  
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023  
I A. INFORMASI KINERJA**



05.0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Informasi BLU:

1. Status BLU : Penuh

2. Besaran Persentase Ambang Batas : 10.00% dari PNBP

3. Saldo Awal Kas BLU : RP.

4. Saldo Akhir Kas BLU : RP.

52.784.118.235

45.353.039.235

Halaman : I A. 2

Klasifikasi Rincian Output 0	: 0388.EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	188,00	Unit, m2, Paket	839.345.000
Rincian Output	: 01	EBB.951 Layanan Sarana Internal	188,00	Unit	839.345.000
Program	: 024.04.WA	Program Dukungan Manajemen			26.634.410.000
Kegiatan	: 4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan			26.634.410.000
Indikator Kinerja Kegiatan	: 1. 02	Nilai kinerja penganggaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan			
Klasifikasi Rincian Output 1	: 4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	12,00	Layanan, Laporan, Dokumen, Rekomendasi, Unit	26.634.410.000
Rincian Output	: 01	EBA.994 Layanan Perkantoran	12,00	Layanan	26.634.410.000

Jakarta, 30 November 2022  
a.n. MENTERI KESEHATAN  
SEKRETARIS JENDERAL

td.  
Kunta Wibawa Dasa Nugraha  
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**

**I B. SUMBER DANA**



05-0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
 Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
 Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
 Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Halaman : | B. 1

1. Anggaran Tahun 2023	Rp.	72.650.691.000	Ket :	a. Pinjaman Luar Negeri (1) Valuta Asing	US\$	0	Rp. 0
1. Rupiah Murni	Rp.	35.219.612.000		(2) RPLN	US\$	0	Rp. 0
2. PNBP	Rp.	37.431.079.000		b. Hibah Luar Negeri (1) Valuta Asing	US\$	0	Rp. 0
3. Pinjaman/Hibah Luar Negeri	Rp.	0		(2) RHLN	US\$	0	Rp. 0
4. Pinjaman/Hibah Dalam Negeri	Rp.	0		c. Pinjaman Dalam Negeri	IDR	0	
5. Hibah Langsung	Rp.	0		d. Hibah Dalam Negeri	IDR	0	
6. SBSN PBS	Rp.	0		e. Hibah Luar Negeri Langsung	IDR	0	
2. Rincian Pinjaman / Hibah :				f. Hibah Dalam Negeri Langsung	IDR	0	

(dalam ribuan rupiah)

No.	SUMBER PINJAMAN DAN HIBAH No. NPP/H per Tahun No. Register		PAGU TAHUN INI		RINGCIAN DANA BERDASARKAN CARA PENARIKAN		DANA PENDAMPING		
							Rp. Pdp	Rp. LN	Rp. Loc. Cost
	Kode	Uraian	Kode	Dana	Kode	Dana			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NPP/H : Naskah Perjanjian Pinjaman dan/atau Hibah

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**

**II. RINCIAN PENGELUARAN**



05.0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
Kode Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA  
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 1  
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA						LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER
		PEGAWAI [31]	BARANG [32]	MODAL [33]	BANTUAN SOSIAL [37]	LAIN-LAIN [38]	JUMLAH SELURUH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
415397	RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA	12.040.909	56.188.852	3.820.930	-	-	72.050.691		
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	-	42.195.351	3.820.930	-	-	46.016.281		
0388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan	-	42.195.351	3.820.930	-	-	46.016.281		
0388.ADE	Akreditasi Lembaga (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	16.000	-	-	-	16.000	03.56	
00	BLU	-	16.000	-	-	-	16.000	028	
0388.BJB	Penyidikan dan Pengujian Peralatan (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	220.000	-	-	-	220.000	03.56	
00	BLU	-	220.000	-	-	-	220.000	028	
0388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	14.738.703	1.893.354	-	-	16.632.057	03.56	
01	RM	-	5.989.958	1.603.376	-	-	7.593.334	028	
00	BLU	-	8.748.745	289.978	-	-	9.038.723	028	

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**

**II. RINCIAN PENGELUARAN**



02.0310-9708-0001-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
 Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
 Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
 Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA  
 Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 2  
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA						LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER
		PEGAWAI [31]	BARANG [32]	MODAL [33]	BANTUAN SOSIAL [37]	LAIN-LAIN [38]	JUMLAH SELURUH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0388.CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	172.700	1.098.090	-	-	1.270.790	03.56	
01	RM	-	172.700	482.300	-	-	655.000	028	
05	BLU	-	-	615.790	-	-	615.790	028	
0388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	27.038.089	-	-	-	27.038.089	03.56	
05	BLU	-	27.038.089	-	-	-	27.038.089	028	
0388.EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	-	9.859	829.486	-	-	839.345	03.56	
01	RM	-	1.730	335.138	-	-	336.868	028	
05	BLU	-	8.129	494.348	-	-	502.477	028	
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen	12.640.909	13.993.501	-	-	-	26.634.410		
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	12.640.909	13.993.501	-	-	-	26.634.410		

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**

**II. RINCIAN PENGELUARAN**



05-0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA  
Kewenangan : (KD)

Halaman : II. 3  
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN SATKER/PROGRAM/KEGIATAN/KRO/SUMBER DANA	BELANJA					LOKASI/ KPPN	CARA PENARIKAN/ REGISTER	
		PEGAWAI [31]	BARANG [32]	MODAL [33]	BANTUAN SOSIAL [37]	LAIN-LAIN [38]			JUMLAH SELURUH
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal (03.56 JAWA TENGAH / KOTA SURAKARTA)	12.640.909	13.993.501	-	-	-	26.634.410	03.56	
01	RM	12.640.909	13.993.501	-	-	-	26.634.410	028	
<b>JUMLAH</b>		<b>12.640.909</b>	<b>56.188.832</b>	<b>3.820.930</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>72.650.691</b>		

Jakarta, 30 November 2022  
a.n. MENTERI KESEHATAN  
SEKRETARIS JENDERAL

td.  
Kuntia Wibawa Dasa Nugraha  
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023  
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023  
III. RENCANA PENARIKAN DANA DAN PERKIRAAN PENERIMAAN**



Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
 Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
 Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
 Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Halaman : III. 1  
(dalam ribuan rupiah)

NO	KODE	URAIAN SATKER	RENCANA PENARIKAN												JUMLAH SELURUH
			JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	415397	RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA													
		RENCANA PENARIKAN DANA	900.203	5.515.302	5.399.584	5.647.312	4.812.174	5.115.659	6.815.504	5.210.359	7.171.530	5.740.139	6.584.408	13.738.458	72.650.691
		BELANJA PEGAWAI	721.300	843.498	840.263	1.560.226	825.043	1.576.962	1.086.196	898.418	933.755	915.374	955.384	1.484.608	12.640.909
		BELANJA BARANG	178.902	4.612.112	4.379.946	4.076.409	3.276.443	3.355.894	4.698.248	4.298.591	5.554.543	4.580.566	5.407.178	11.770.018	56.188.852
		BELANJA MODAL	0	59.692	179.375	10.677	710.687	182.933	1.031.060	13.380	683.232	244.199	221.866	483.833	3.620.930
024.04.DG.0388		Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan	0	4.096.518	3.709.631	3.414.578	3.008.501	2.437.474	5.062.745	3.565.453	4.831.180	3.899.272	3.861.931	8.130.987	46.016.281
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	0	1.006.464	1.521.326	459.521	361.932	239.074	550.892	707.742	605.241	337.162	237.102	137.932	6.164.388
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	0	3.030.363	2.008.933	2.944.380	1.933.852	2.015.467	3.480.793	2.844.361	3.542.687	3.317.912	3.402.963	7.509.223	36.030.963
		53 BELANJA MODAL	0	59.692	158.716	10.677	664.789	155.179	869.158	0	39.955	154.540	150.204	157.873	2.420.814
024.04.WA.4813		Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	900.203	1.418.783	1.689.953	2.232.734	1.805.672	2.678.215	1.752.759	1.644.906	2.340.370	1.840.867	2.722.477	5.607.471	26.634.410
		51 BELANJA PEGAWAI	721.300	843.498	840.263	1.560.226	825.043	1.576.962	1.086.196	898.418	933.755	915.374	955.384	1.484.608	12.640.909
		52 BELANJA BARANG DAN BARANG	178.902	575.266	849.690	672.508	980.629	1.101.353	666.563	746.458	1.406.615	925.492	1.767.113	4.122.863	13.993.501
		PERKIRAAN PENERIMAAN	0	2.848.353	1.942.283	3.169.262	2.766.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.762.102	30.000.000
024.04.DG.0388		Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan	0	2.848.353	1.942.283	3.169.262	2.766.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.762.102	30.000.000

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023**

**NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023**

**III. RENCANA PENARIKAN DANA DAN PERKIRAAN PENERIMAAN**



05.0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : (024) KEMENTERIAN KESEHATAN  
 Unit Organisasi : (04) Ditjen Pelayanan Kesehatan  
 Provinsi : (03) JAWA TENGAH  
 Kode/Nama Satker : (415397) RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Halaman : III. 2  
(dalam ribuan rupiah)

NO	KODE	URAIAN BATKER	RENCANA PENARIKAN												JUMLAH SELURUH	
			JANUARI	FEBRUARI	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DESEMBER		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		- PNBP YANG DIGUNAKAN LANGSUNG (424111)	0	2.700.826	1.873.807	3.169.262	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.000	2.752.100	2.755.100	29.764.996
		- PNBP YANG DIGUNAKAN LANGSUNG (424421)	0	0	0	0	14.000	0	0	0	0	0	0	0	0	14.000
		- PNBP YANG DIGUNAKAN LANGSUNG (424911)	0	147.526	66.476	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	214.002
		- PNBP YANG DIGUNAKAN LANGSUNG (424922)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7.000	7.000

Jakarta, 30 November 2022  
 a.n. MENTERI KESEHATAN  
 SEKRETARIS JENDERAL

td.  
 Kunia Wibawa Dasa Nugraha  
 NIP 196811301994031001



**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023  
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023  
IV A. B L O K I R**



05.0310-9706-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : [024] KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : [04] Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : [03] JAWA TENGAH  
Kode dan Nama Sakcer : [415397] RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Halaman : (v.A. 1  
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN	KODE	URAIAN

Jakarta, 30 November 2022  
a.n. MENTERI KESEHATAN  
SEKRETARIS JENDERAL

td.  
Kunta Wibawa Dasa Nugraha  
NIP 196811301994031001

**DAFTAR ISIAN PELAKSANAAN ANGGARAN BADAN LAYANAN UMUM PETIKAN  
TAHUN ANGGARAN 2023  
NOMOR : DIPA- 024.04.2.415397/2023  
IV B. C A T A N**



05.0310-9708-0091-2947

Kementerian Negara/Lembaga : [024] KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit Organisasi : [04] Ditjen Pelayanan Kesehatan  
Provinsi : [03] JAWA TENGAH  
Kode dan Nama Sakel : [415397] RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Halaman : IV.B. 1  
(dalam ribuan rupiah)

KODE	URAIAN	KODE	URAIAN
415397	RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA		
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen		
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan		
4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal Rp. 11.822.302		
511111	Belanja Gaji Pokok PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 693.725.000 untuk belanja Pegawai Rp. 7.938.323		
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 36.000 untuk belanja Rp. pegawai 300		
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 71.387.000 untuk Rp. belanja pegawai 534.303		
511122	Belanja Tunj. Anak PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 13.446.000 untuk Rp. belanja pegawai 168.801		
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 136.612.000 untuk Rp. belanja pegawai 1.014.000		
511126	Belanja Tunj. Beras PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 789.000 untuk Rp. belanja pegawai 460.000		
511129	Belanja Uang Makan PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 39.488.000 untuk Rp. belanja pegawai 1.495.000		
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 1.440.000 untuk Rp. belanja pegawai 109.152		
511628	Belanja Uang Makan PPPK * Tambahan Anggaran dari ABT BA-BUN sebesar Rp 14.823.000 untuk Rp. belanja pegawai 102.423		

Jakarta, 30 November 2022  
a.n. MENTERI KESEHATAN  
SEKRETARIS JENDERAL

td.  
Kuntia Wibawa Dasa Nugraha  
NIP. 196811301994031001