



RENCANA KINERJA TAHUNAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA TAHUN 2023



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA

Jalan Profesor Dokter R. Soeharso Nomor. 28 Surakarta 57144 Telepon/Faksimile (0271) 713055/720002
surat elektronik; rsupsurakarta@kemkes.go.id; laman: rsupsurakarta.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas karunia dan hidayah-Nya, Rencana Kinerja Tahunan Tahun 2023 RSUP Surakarta dapat diselesaikan.

Sesuai dengan INPRES Nomor 7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan kepada setiap instansi pemerintah untuk melaksanakan Akuntabilitas Kinerja Instansi sebagai perwujudan pertanggungjawaban dalam mencapai misi dan tujuan organisasi, salah satu kegiatan yang harus dilakukan adalah menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang selanjutnya dijabarkan dalam Rencana Kinerja Tahunan.

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Tahun 2023 ini disusun sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan yang efektif dan efisien sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan terarah dan mengutamakan prioritas sesuai kebutuhan berdasarkan sumberdaya yang tersedia. Rencana Kinerja Tahunan merupakan rencana atas target-target yang harus dicapai RSUP Surakarta pada tahun 2023.

Semoga tersusunnya Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Tahun 2023 RSUP Surakarta ini dapat digunakan sebaik-baiknya dalam meningkatkan pelayanan yang diberikan oleh RSUP Surakarta.

Surakarta, Januari 2023
Direktur

Dr. Jernilatun Rosidah, MM
NIP. 197705032005012002

DAFTAR ISI

	halaman
Kata Pengantar	ii
Daftar Isi	iii
Bab I Pendahuluan	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
Bab II Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama	
A. Dasar Hukum	2
B. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama	2
Bab III Indikator Kinerja Tahun 2023	4
Bab IV Rencana Kinerja Tahun 2023	7
Bab V Rencana Aksi Atas Kinerja Tahunan	17
Bab VI Penutup	22
Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUP Surakarta merupakan Unit Pelaksana Teknis yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 tahun 2020, RSUP Surakarta mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. RSUP Surakarta juga menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan keunggulan di bidang penyakit paru.

Dalam upaya memberikan pelayanan tersebut, RSUP Surakarta tentu saja tidak terlepas dari keterbatasan sumber daya, baik sumber daya manusia, sarana dan prasarana maupun keterbatasan sistem yang ada. Untuk melaksanakan fungsi sebagai rumah sakit vertikal, RSUP Surakarta memiliki indikator-indikator yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang berfungsi sebagai tolok ukur pencapaian kinerja. Sebagai upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan indikator-indikator kinerja yang telah ditetapkan, maka harus disusun Rencana Kinerja Tahunan yang merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis (RSB).

Penyusunan Rencana Kerja Tahunan RSUP Surakarta Tahun 2023 telah memperhatikan aspek anggaran yang diterima RSUP Surakarta, sebagaimana tertuang dalam DIPA RSUP Surakarta Tahun 2023. Diharapkan RSUP Surakarta dapat melaksanakan kegiatannya lebih terarah, efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan dan arah pengembangan rumah sakit.

B. Tujuan

Tujuan penyusunan Rencana Kerja Tahunan RSUP Surakarta tahun 2023 adalah sebagai pedoman atau acuan dalam melaksanakan program kegiatan masing-masing Bidang/Bagian di RSUP Surakarta Tahun 2023.

BAB II

SASARAN STRATEGIS DAN INDIKATOR KINERJA UTAMA

A. Dasar Hukum

Pelaksanaan kegiatan pelayanan di RSUP Surakarta selalu berlandaskan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang meliputi:

1. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
3. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 525/KMK.05/2021 tentang penetapan RSUP Surakarta dan RS Mata Makassar pada Kementerian Kesehatan sebagai instansi pemerintah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU;
4. 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;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta;

B. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama

RSUP Surakarta telah menetapkan sasaran strategis dan indikator kinerja utama yang ingin dicapai pada tahun 2020-2024, yaitu:

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama (KPI)
1.	Terwujudnya peningkatan kapasitas finansial dan <i>cost effectiveness</i>	1. POBO
		2. Opini Audit Laporan Keuangan
2.	Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional	3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (<i>success rate</i>)
		4. <i>Nett Death Rate</i>
3.	Terwujudnya pelayanan kesehatan " <i>beyond experience</i> " (melebihi ekspektasi)	5. Persentase kepuasan pelanggan
		6. Persentase respon terhadap komplain
4.	Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi	7. Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama (KPI)
5.	Terwujudnya rumah sakit umum pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian	8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama
		9. Jumlah penelitian terpublikasi
		10. Jumlah pelatihan terakreditasi
6.	Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan	11. Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan
		12. Jumlah jejaring komunitas
		13. Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal
7.	Terwujudnya RS yang terakreditasi	14. Pencapaian Akreditasi SNARS
8.	Terwujudnya sistem tatakelola RS yang transparan dan akuntabel	15. Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi
		16. Persentase tindaklanjut temuan audit
9.	Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat	17. Perijinan terselesaikan
10.	Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM	18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam
11.	Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi	19. Persentase sistem IT terintegrasi
12.	Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B	20. Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana (<i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i>)
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
		22. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
		23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
		24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU
		25. Persentase nilai EBITDA
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
15.	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
		28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
		29. Penundaan waktu Operasi Elektif

		30. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
		31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI
		32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU
16.	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	33. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
17.	Indikator Mutu Nasional	34. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol
		35. Kepatuhan kebersihan tangan (INM)
		36. Kepatuhan penggunaan APD (INM)
		37. Kepatuhan identifikasi pasien (INM)
		38. Waktu tunggu rawat jalan (INM)
		39. Pelaporan hasil kritis laboratorium (INM)
		40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (INM)
		41. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) (INM)
18.	Indikator RPJMN	42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (INM)
		43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital
		44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan
		45. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

BAB III
INDIKATOR KINERJA TAHUN 2023

RSUP Surakarta telah menetapkan indikator kinerja utama yang dituangkan dalam Renstra 2020-2024 dengan target pencapaian pada tahun 2023 sebagai berikut:

No.	Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target
1.	POBO	48%
2.	Opini Audit Laporan Keuangan	Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)
3.	Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (<i>success rate</i>)	85%
4.	<i>Nett Death Rate</i>	≤24‰
5.	Persentase kepuasan pelanggan	>85 %
6.	Persentase respon terhadap complain	100%
7.	Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)	≤30 menit
8.	Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30
9.	Jumlah penelitian terpublikasi	2
10.	Jumlah pelatihan terakreditasi	2
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%
14.	Pencapaian Akreditasi SNARS.	Survei Internal
15.	Jumlah <i>Clinical Pathway</i> terpenuhi	37
16.	Persentase tindaklanjut temuan audit	100%
17.	Perijinan terselesaikan	Terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B
18.	Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam	45%
19.	Persentase sistem IT terintegrasi	80%
20.	Persentase Tingkat keandalan sarana dan prasarana (<i>Overall Equipment Effectiveness/OEE</i>)	40%
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%
26.	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
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%

No.	Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target
32.	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan
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
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%
42.	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%
42.	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
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

BAB IV

RENCANA KINERJA TAHUN 2023

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi RSUP Surakarta tahun 2023, telah ditetapkan target yang ingin dicapai sebagaimana tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan sebagai berikut:

A. Terwujudnya kemandirian finansial dan *cost effectiveness* pelayanan

Indikator kinerja utama yang termasuk dalam sasaran strategis ini adalah:

1. 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. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU.

Pada tahun 2023 target rasio POBO RSUP Surakarta adalah sebesar 48%.

2. Opini Audit Laporan Keuangan

Sebagai satuan kerja yang telah menerapkan pola pengelolaan keuangan BLU sejak tahun 2011 maka RSUP Surakarta wajib dilakukan pemeriksaan oleh Kantor Akuntan Publik setiap tahun atas laporan keuangan dan kinerja tahun sebelumnya.

Pada tahun 2023, RSUP Surakarta telah menetapkan target Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) atas opini audit laporan keuangan.

B. Terwujudnya peningkatan capaian indikator kesehatan nasional

1. 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.

2. *Nett Death Rate (NDR)*

Terselenggaranya pelayanan yang aman dan efektif serta mampu menyelamatkan pasien yang ditangani di ruang perawatan.

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

Target atas indikator *Nett Death Rate (NDR)* pada tahun 2023 adalah sebesar maksimal ≤ 24 ‰

C. Terwujudnya pelayanan kesehatan "*beyond experience*" (melebihi ekpektasi)

Indikator kinerja utama yang termasuk dalam sasaran strategis ini adalah:

1. *Persentase kepuasan pelanggan*

Kepuasan Pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS.

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).

Target indikator % kepuasan pasien pada tahun 2023 telah ditetapkan sebesar >85%.

2. *Persentase kecepatan respon terhadap komplain*

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan RS 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 immaterial, dll.

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

Metode Penilaian:

- Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau
- Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar

- c. Membuat prosentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori
- Komplain kategori merah ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam
 - Komplain kategori kuning ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari
 - Komplain kategori hijau ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari.
- RSUP Surakarta telah menetapkan target untuk indikator ini adalah sebesar 100%.

D. Terwujudnya pelayanan unggulan respirasi

1. Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)

Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD 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.

RSUP Surakarta telah menetapkan target untuk indikator ini adalah sebesar ≤ 30 menit.

E. Terwujudnya Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta sebagai wahana pendidikan, pelatihan dan penelitian

Indikator kinerja utama yang termasuk dalam sasaran strategis ini adalah:

1. *Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama*

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.

2. *Jumlah penelitian terpublikasi*

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

Target jumlah penelitian terpublikasi pada tahun 2023 sebanyak 2 penelitian.

3. *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 Puslat SDM Kesehatan Kemenkes RI. Target jumlah pelatihan terakreditasi pada tahun 2023 sebanyak 2 pelatihan.

F. Terwujudnya kerjasama strategis pelayanan kesehatan

1. *Jumlah institusi yang bekerjasama dalam pelayanan kesehatan*

Sebagai rumah sakit umum, RSUP Surakarta dituntut untuk menjalin kerjasama dengan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan lain. Pada tahun 2023, RSUP Surakarta menargetkan dapat menjalin kerjasama dengan 12 (dua belas) institusi dalam bidang pelayanan kesehatan.

2. *Jumlah jejaring komunitas*

Selain upaya kesehatan perorangan, RSUP Surakarta dituntut melaksanakan kegiatan upaya kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan jejaring pelayanan kesehatan masyarakat.

Pada tahun 2023 indikator ini baru diterapkan dengan target sebanyak 2 komunitas yang menjadi jejaring dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat.

3. *Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal*

SISRUTE merupakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih rendah ke tingkat layanan lebih tinggi atau sederajat (horisontal maupun vertikal) dengan tujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses rujukan pasien.

Pada tahun 2023 target indikator pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal sebesar 85%.

G. Terwujudnya rumah sakit yang terakreditasi

1. *Pencapaian Akreditasi SNARS*

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.

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

- Persiapan
- Pendampingan

- Penilaian
- Akreditasi

Pada tahun 2023, RSUP Surakarta telah menetapkan indikator RS terakreditasi nasional dengan target survey internal.

H. Terwujudnya sistem tatakelola rumah sakit yang transparan dan akuntabel

Indikator kinerja utama yang termasuk dalam sasaran strategis ini adalah:

1. 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.

Pada tahun 2023, RSUP Surakarta telah menetapkan target indikator jumlah *clinical pathway* terpenuhi adalah sebanyak 37 buah.

2. Persentase tindaklanjut 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). SPI mempunyai tugas untuk melaksanakan fungsi pengawasan terhadap pelayanan dan kinerja yang ada di RSUP Surakarta.

Dalam rangka pemeriksaan atas laporan keuangan dan kinerja pada tahun 2023 RSUP Surakarta menetapkan indikator kinerja persentase tindaklanjut temuan audit sebesar 100%.

I. Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat

1. Perijinan terselesaikan

Sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 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.

Pada tahun 2023 RSUP Surakarta menetapkan indikator kinerja berupa perijinan terselesaikan yaitu terpenuhinya 65% persyaratan perijinan RS kelas B.

J. Terwujudnya peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM

1. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam

Guna mewujudkan SDM RSUP Surakarta yang handal dan kompeten maka peningkatan keterampilan tenaga menjadi sesuatu yang mutlak harus terpenuhi. Salah satunya dilakukan melalui pelatihan bagi pegawai lebih dari 20 jam dalam satu tahun.

Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 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) lebih dari 20 jam dalam satu tahun.

Pada tahun 2023 target indikator persentase pegawai yang mendapat pelatihan ≥ 20 jam dalam satu tahun adalah sebesar 45%.

K. Terwujudnya sistem informasi RS yang terintegrasi

1. Persentase sistem IT terintegrasi

Persentase Sistem IT Terintegrasi adalah persentase 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.

Modul SIMRS yang akan diimplementasikan yaitu:

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

Pada tahun 2023 target indikator persentase sistem IT terintegrasi adalah sebesar 80%.

L. Terwujudnya sarana dan prasarana sesuai dengan standard RSU kelas B

1. 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.

Pada tahun 2023 target indikator persentase tingkat keandalan sarana dan prasarana adalah sebesar 40%.

M. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

1. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2023 target indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan adalah sebesar 92,50%.

2. 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.

Pada tahun 2023 target indikator persentase realisasi target pendapatan BLU adalah sebesar 95%.

3. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni. Pada tahun 2023 target indikator persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni adalah sebesar 97%.

4. *Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU*

Realisasi anggaran yang bersumber BLU. Pada tahun 2023 target indikator persentase realisasi anggaran bersumber BLU adalah sebesar 95%.

5. *Persentase nilai EBITDA*

EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit. Pada tahun 2023 target indikator persentase EBITDA margin adalah sebesar 10%.

N. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit

1. *Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing RS setiap 6 bulan*

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan. Target indikator ini pada tahun 2023 adalah 2 kali pelaporan.

O. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS vertikal secara optimal

1. *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. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah sebesar 70%.

2. *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 yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah sebesar $\geq 80\%$.

3. *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. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah sebesar $\leq 3\%$.

4. *Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik*

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah sebesar $\geq 80\%$.

5. *Ketepatan waktu visite dokter unuk pasien RI*

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah sebesar $\geq 80\%$.

6. *Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU*

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIA sesuai Indikator Klinis RS Vertikal. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah 1 indikator 1 layanan.

P. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan rujukan

1. *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. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah 12 laporan.

2. *Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol*

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil. Pada tahun 2023 target indikator ini adalah 12 laporan.

Q. Indikator Nasional Mutu

1. *Kepatuhan kebersihan tangan; target tahun 2023 adalah $\geq 90\%$*

2. *Kepatuhan penggunaan APD; target tahun 2023 adalah 100%*

3. *Kepatuhan identifikasi pasien; target tahun 2023 adalah 100%*

4. *Waktu tunggu rawat jalan; target tahun 2023 adalah $\geq 80\%$*

5. *Pelaporan hasil kritis laboratorium; target tahun 2023 adalah 100%*

6. *Kepatuhan penggunaan formularium nasional; target tahun 2023 adalah $\geq 90\%$*

7. *Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway); target tahun 2023 adalah $\geq 85\%$*

8. *Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh; target tahun 2023 adalah 100%*

R. Indikator RPJMN

1. *Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital; target tahun 2023 adalah 1 sistem.*

2. *Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan; target tahun 2023 adalah 100%*

Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

3. *Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;*

BAB V

RENCANA AKSI ATAS KINERJA TAHUNAN

Rencana aksi atas kinerja tahunan merupakan penjabaran dari Program Kerja dan Kegiatan tahun 2023 yang akan dilaksanakan selama 1 tahun oleh RSUP Surakarta berdasarkan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Adapun rencana aksi tersebut adalah sebagai berikut:

1. Terwujudnya kemandirian finansial dan *cost effectiveness* pelayanan
 - a. Peningkatan kapasitas finansial
 - 1) Peningkatan kunjungan
 - 2) Revisi tariff layanan
 - 3) *Upgrade* 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 monev 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) Pelaksanan EWS, PEWS, MEOWS sesuai standar
 - 3) Penyediaan obat Live saving
 - 4) Pelaporan kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam
 - 5) Pembuatan/reviu SOP

3. Terwujudnya pelayanan kesehatan "*beyond experience*" (melebihi ekpektasi)
 - a. Penerapan *service excellent*
 - 1) Pelayanan tepat waktu
 - 2) Ketepatan visit dokter di rawat ina
 - 3) Ketepatan mulai jam pelayanan dokter di rawat jalan
 - 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. elayanan 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 internal (*self assesment*)
 - 1) Penyusunan dokumen *self assesment*
 - 2) Ujicoba dokumen
 - 3) Perbaiki dokumen
 - 4) Survei internal
8. Terwujudnya sistem tatakelola Rumah Sakit yang transparan dan akuntabel
 - a. Pengembangan tata kelola klinis yang baik
 - 1) Penyusunan *Clinical Pathway* baru
 - 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
 - 4) Penerapan SPIP T
9. Terwujudnya status institusi BBKPM menjadi RS Umum Pusat
 - a. Peningkatan status RS
 - 1) Reviu master plan
 - 2) Pemenuhan SDM
 - 3) 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 RSUD kelas B
 - a. Pemeliharaan peralatan medis
 - b. Pemeliharaan peralatan non medis
 - c. Pemeliharaan prasarana gedung dan bangunan
 - d. Pengadaan peralatan kesehatan
 - e. Pengadaan peralatan perkantoran
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pem-binaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan
 - a. Pendataan rekomendasi dan monitoring hasil pemeriksaan
 - b. Penyusunan laporan bulanan pendapatan BLU
 - c. Penyusunan laporan bulanan realisasi RM
 - d. Penyusunan laporan bulanan realisasi BLU
 - e. Penyusunan laporan bulanan keuangan RS
14. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
 - a. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di RS
15. Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS vertikal
 - a. Penyediaan fasilitas parkir
 - b. Pelayanan tepat waktu
 - c. Pelaksanaan visite dokter di rawat inap
 - d. Pelayanan prioritas KJSU
16. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
 - a. Penyusunan laporan bulanan pengukuran indikator nasional mutu
 - b. Penyusunan laporan bulanan insiden keselamatan pasien
17. Indikator Nasional Mutu
 - a. Kepatuhan kebersihan tangan

- b. Kepatuhan penggunaan APD
- c. Kepatuhan identifikasi pasien
- d. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
- e. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

18. Indikator RPJMN

- a. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan
- b. Pelayanan operasi section cesarea darurat

BAB VI

PENUTUP

Rencana Kinerja Tahunan RSUP Surakarta Tahun 2023 merupakan suatu dokumen yang dipersyaratkan dalam Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Dokumen ini merupakan salah satu komponen dari siklus akuntabilitas kinerja yang dimulai dari perencanaan strategis dan diakhiri dengan adanya Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

Dengan disusunnya rencana kinerja tahunan tahun 2023 diharapkan dapat dijadikan acuan dalam penyusunan perjanjian kinerja dan sebagai dasar pelaksanaan tugas dan fungsi RSUP Surakarta.

LAMPIRAN

RENCANA AKSI KEGIATAN (RAK) RSUP SURAKARTA TAHUN 2023

Untuk mewujudkan Indikator Kinerja Utama (*Key Performance Indicators/KPI*) RSUP Surakarta, telah ditetapkan Rencana Aksi Kegiatan yang meliputi program kerja dan kegiatan yang bersifat pemantapan, perbaikan dan pengembangan.

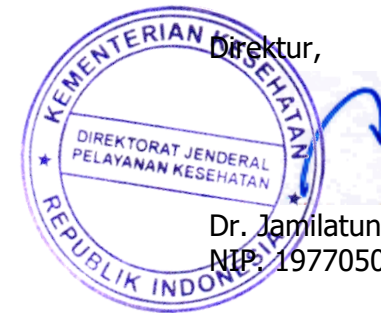
Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target	Program Kerja	Kegiatan	Output		
1. POBO	48%	1) Peningkatan kapasitas finansial	a) Peningkatan kunjungan	3 layanan ≥70%		
			b) Revisi Tarif	1 Usulan		
			c) <i>Upgrade</i> layanan eksisting	1 Kegiatan		
		2) Kendali Biaya	a) Pengendalian waktu pegajuan klaim JKN	100%		
			b) Analisis rasio keuangan	100%		
			c) Pengendalian biaya pelayanan JKN	90%		
			d) Peningkatan efisiensi pemanfaatan TT ranap	5 hari		
			e) Pengendalian BMHP dan Obat	90%		
		2. Opini Audit Laporan Keuangan	WTP	Penatausahaan keuangan	a) Penyusunan Laporan Keuangan RS	100%
					b) Penyusunan dan atau <i>update</i> kebijakan/pedoman/prosedur/ Surat Keputusan/SOP	100%
c) Penatalaksanaan DBR yang <i>update</i>	63 DBR					
d) Audit Laporan Keuangan oleh KAP	1 Laporan					
3. Persentase keberhasilan pengobatan pasien TB semua kasus (<i>success rate</i>)	85%	Penguatan sistem pelayanan TB dan TB MDR	a) Rapat koordinasi	4 Kali		
			b) Surveilans dan monev TB	85%		
			c) Promosi kesehatan TB	75%		
			d) Pemantauan pasien mangkir	80%		
			e) Pengendalian faktor risiko (penyuluhan TB)	12 Kali		
4. NDR pada Pelayanan	≤24 ⁰ / ₀₀	Penguatan sistem pelayanan	a) Peningkatan respon time penanganan kasus pasien kritis	100%		
			b) Peningkatan respon time penanganan kasus pasien kritis	100%		
			c) Pelaksanaan EWS, PEWS, MEOWS sesuai standar	100%		
			d) Penyediaan obat Live saving	100%		
			e) Pelaporan kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam	12 Lap		
			f) Pembuatan/review SOP	1 Kali		

Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target	Program Kerja	Kegiatan	Output
5. Persentase kepuasan pelanggan	>85%	Penerapan <i>service excellent</i>	a) Pelayanan yang tepat waktu	3 kali
			b) Ketepatan visit dokter di rawat inap	80%
			c) Ketepatan mulai jam pelayanan dokter di rawat jalan	80%
			d) Survey kepuasan pelanggan internal	50%
			e) Survey kepuasan pelanggan eksternal	3 kali
6. Kecepatan respon terhadap komplain	100%	Penanganan komplain	a) Pelaporan Tindak lanjut komplain pelanggan	≥60%
			b) Pembinaan SDM yang <i>Excellent</i>	1 kali
7. Waktu Tunggu Penanganan Kegawatdaruratan Respirasi di IGD (ERRT)	≤ 30 menit	Penguatan sistem pelayanan UGD (khusus respirasi)	a) Peningkatan respon time penanganan kasus pasien respirasi kritis	100%
			b) Ketepatan sistem triage pasien respirasi	100%
8. Jumlah institusi pendidikan yang bekerjasama	30	Peningkatan kerjasama pendidikan dan pelatihan	a) Monev dan koordinasi kerjasama dengan mitra	1 keg
9. Jumlah penelitian terpublikasi	2	Publikasi hasil penelitian	a) Pelaksanaan penelitian internal	4 Penelitian
			b) Workshop penulisan artikel publikasi	2 Artikel
10. Jumlah pelatihan terakreditasi	2	Peningkatan status unit diklat	a) Pengajuan akreditasi	1 Dokumen
			b) Kerjasama dengan lembaga diklat yang sudah terakreditasi	1 Institusi
			c) Penyelenggaraan pelatihan terakreditasi	2 Kegiatan
11. Jumlah institusi yang bekerja sama dalam pelayanan kesehatan	12	Pengembangan jejaring	a) Kerjasama pendidikan dan penelitian (jejaring pelayanan)	1 Institusi
12. Jumlah jejaring komunitas	2	Penguatan jejaring UKM	a) Koordinasi UKM dengan lintas sektor	1 Kegiatan
			b) Melaksanakan kegiatan pengabdian masyarakat	12 Kegiatan
			c) Sosialisasi pelayanan keluarga berencana (PKBRS)	3 Kegiatan
			d) Sosialisasi pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) kepada stakeholder	3 Kegiatan
			e) Pendampingan kelompok stunting	3 Kegiatan
13. Persentase pelaksanaan SISROUTE di RS UPT Vertikal	85%	Pelayanan rujukan terpadu	a) Peningkatan persentase respon time Sisroute di RSUP	70%
14. Pencapaian Akreditasi SNARS	Survei Internal	Program akreditasi	a) Penyusunan dokumen Self Assessment	1 Keg
15. Jumlah Clinical Pathway terpenuhi	37	Pengembangan tata kelola klinis yang baik	a) Penyusunan <i>clinical pathway</i> baru	5 CP
			b) Pelaksanaan <i>clinical pathway</i> RS	60%
			c) Evaluasi <i>clinical pathway</i>	12 Laporan

Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target	Program Kerja	Kegiatan	Output
16. Persentase tindak lanjut temuan audit	100%	1) Pengelolaan tindak lanjut temuan audit	a) Pendataan Rekomendasi Temuan Pengawasan Internal Maupun Eksternal	100%
			b) Monitoring tindak lanjut hasil temuan pengawasan	100%
			c) Penyusunan Laporan Hasil monitoring	100%
		2) Tercapainya tindak lanjut rekomendasi LHP /hasil audit	a)	
		3) Akuntabilitas Kinerja	a) Menindaklanjuti rekomendasi LHP/hasil audit	100%
		4) Penerapan SPIP T	a) Menyusun kelengkapan dokumen sesuai dengan instrumen	100%
b) Penilaian Mandiri SPIPT	100%			
17. Perijinan terselesaikan	Terpenuhi nya 65% persyaratan perijinan RS kelas B	Peningkatan status RS	a) Review master plan	1 Dokumen
			b) Usulan pembangunan gedung layanan	2 Dokumen
			c) Pemenuhan SDM	3 Dokumen 1 Kegiatan
18. Persentase semua pegawai yang mengikuti pengembangan kompetensi ≥ 20 jam	45%	Peningkatan dan pengembangan kompetensi SDM	a) Pelatihan pengembangan kompetensi (seminar, diklat, workshop dll)	40%
19. Persentase sistem IT terintegrasi	80%	Pengembangan SIMRS terintegrasi	a) Pengembangan Modul SIMRS	80%
			b) Pengembangan aplikasi pendukung SIMRS	4 Aplikasi
			c) Pengadaan perangkat keras dan lunak	30 Unit
			d) Pemeliharaan peralatan dan jaringan IT	18 Unit
			e) Pengintegrasian IT dengan satu sehat	50%
20. Persentase tingkat keandalan sarana dan prasarana (<i>Overall Equipment Effectiveness/ OEE</i>)	40%	1) Pemenuhan keterandalan (availability, performance dan quality) alat kesehatan	a) Pemeliharaan peralatan Medis	12 Bln
			b) Pemeliharaan peralatan Non Medis	12 Bln
			c) Pemeliharaan gedung/bangunan	6575 M2
			d) Pengadaan peralatan Kesehatan	15 Unit
			e) Pengadaan fasilitas perkantoran	112 Unit

Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target	Program Kerja	Kegiatan	Output
21. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen Pelayanan Kesehatan	92.5%	1) Pengelolaan rekomendasi hasil pemeriksaan ditindaklanjuti	a) Pendataan rekomendasi dan monitoring hasil pemeriksaan	100%
22. Persentase realisasi target pendapatan BLU	95%	1) Pengelolaan pendapatan BLU	a) Penyusunan laporan bulanan pendapatan BLU	12 Laporan
23. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	1) Pengelolaan anggaran RM	a) Penyusunan laporan bulanan realisasi RM	12 Laporan
24. Persentase realisasi Anggaran bersumber BLU	95%	1) Pengelolaan anggaran BLU	a) Penyusunan laporan bulanan realisasi BLU	12 Laporan
25. Persentase nilai EBITDA Margin	10%	1) Pengelolaan keuangan	a) Penyusunan Laporan Keuangan RS	12 Laporan
26. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing RS setiap 6 bulan	2 Kali			
27. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	Pengelolaan fasilitas parkir	Penyediaan fasilitas parkir	50%
28. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%			
29. Penundaan waktu operasi elektif	≤ 3%			
30. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	≥ 80%	Pelayanan tepat waktu	Pelayanan tepat waktu	≥ 80%
31. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%	Pelaksanaan visite dokter di rawat inap	Pelaksanaan visite dokter di rawat inap	≥ 80%
32. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan	Pelayanan prioritas KJSU	Pelayanan prioritas KJSU	1 indikator 1 layanan
33. Laporan bulanan pengukuran 13 indikator nasional mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	1) Pencatatan dan pelaporan	Penyusunan laporan bulanan pengukuran indikator nasional mutu	12 Laporan
34. Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan		Penyusunan laporan bulanan insiden keselamatan pasien	12 Laporan

Indikator Kinerja Utama (KPI)	Target	Program Kerja	Kegiatan	Output
35. Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 90%	1) Pelaksanaan pelayanan prima	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 90%
36. Kepatuhan penggunaan APD	100%		Kepatuhan penggunaan APD	100%
37. Kepatuhan identifikasi pasien	100%		Kepatuhan identifikasi pasien	100%
38. Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%			≥ 80%
39. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%			
40. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%		Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%
41. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%			
42. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%		Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
43. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	1) Implementasi sistem terintegrasi		
44. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%		Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	100%
45. Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤30 menit		Pelayanan operasi section cesarea darurat	≤30 menit



Direktur,

Dr. Jamilatun Rosidah, MM
NIP. 197705032005012002