

LAPORAN KINERJA TAHUN 2024



RSUP dr. Kariadi
Jl. dr. Sutomo No.16 Semarang - 024 8413476

LAPORAN KINERJA

TAHUN 2024

RSUP DR. KARIADI SEMARANG

LEMBAR PENGESAHAN

SEMARANG, 30 JANUARI 2025

1. Direktur Utama :

dr. Agus Akhmadi, M.Kes
NIP. 919640620202407101



2. Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan :

dr. Alwi Samy, MKM
NIP. 197505082002121007



3. Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian :

Sri Utami, SKM, MARS
NIP. 197609251999032002



**4. PIt. Direktur Perencanaan & Pengembangan
Strategi Layanan :**

dr. Nurdopo Baskoro, Sp.Rad(K)
NIP. 196911142001121001



5. Direktur Keuangan & BMN :

Yulis Quarti, SE, Akt, M.Si
NIP. 196707261995022002



6. Direktur Layanan Operasional:

dr Mahabara Yang Putra, M.KM
NIK. 23812540



KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Kinerja Tahun 2024 RSUP Dr Kariadi dapat diselesaikan dengan baik, hal ini tidak lain adalah berkat rahmat Allah SWT serta kerja sama dan koordinasi diseluruh jajaran manajemen maupun fungsional.

RSUP Dr Kariadi sebagai Badan Layanan Umum (BLU) merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di bawah Kementerian Kesehatan RI yang memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa jasa pelayanan kesehatan tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan yang baik (*good governance*) sebagaimana tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014, setiap instansi pemerintah diwajibkan menyusun Laporan Kinerja sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pencapaian tujuan strategis instansi, maka sebagai bentuk pertanggungjawaban tugas pokok, fungsi dan kewenangannya, disusunlah Laporan Kinerja RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2024.

Secara keseluruhan program kerja tahun 2024 telah dilaksanakan dengan baik. Meskipun demikian, kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan yang perlu dibenahi dan ditingkatkan di masa yang akan datang, sehingga kita dapat mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis RSUP Dr.Kariadi Semarang tahun 2025-2029.

Terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang terlibat dalam penyusunan Laporan Kinerja RSUP Dr. Kariadi tahun 2024. Kritik dan saran guna perbaikan Laporan Kinerja RSUP Dr. Kariadi yang akan datang sangat kami harapkan.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa selalu memberikan Rahmat dan HidayahNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, Januari 2025

Direktur Utama



dr. Agus Akhmadi, M.Kes
NIP. 919640620202407101

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama RSUP Dr Kariadi kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Tahun 2024 merupakan tahun kelima pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Dr Kariadi tahun 2020-2024 yang mengusung visi: "Menjadi RS Modern dan Berdaya Saing Tinggi di tingkat Asia Tahun 2024" dengan misi : 1) menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, penelitian kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien dan lingkungannya; 2) menyelenggarakan proses bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif; 3) menyelenggarakan pengembangan digitalisasi pelayanan rumah sakit.

Untuk mendukung visi dan misi, telah ditetapkan sasaran strategis dan indikator untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran dimaksud. Mengacu pada revisi Rencana Strategis Bisnis periode 2020-2024 ditetapkan 8 sasaran strategis yaitu: 1) peningkatan kualitas pemberi layanan; 2) peningkatan peran sebagai RS pendidikan; 3) pengembangan penelitian; 4) peningkatan mutu layanan klinis; 5) peningkatan tata kelola RS ; 6) perbaikan pengalaman pasien; 7) layanan unggulan; dan 8) terwujudnya program pengampunan RS.

Sasaran strategis tersebut dijabarkan kedalam 39 Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan target yang harus dicapai sesuai dengan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Hasil pengukuran dan evaluasi terhadap kinerja tahun 2024 diketahui terdapat 33 indikator kinerja atau 84,62% yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan 6 indikator kinerja atau 15,38 % yang belum mencapai target. Indikator kinerja yang belum mencapai target yaitu:

1. Persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal;
2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi;
3. Presentase capaian mutu layanan klinis;
4. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target;
5. Persentase nilai *EBITDA Margin* dan
6. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.

Selain itu terdapat 1 indikator kinerja yang tidak dapat dilakukan pengukuran yaitu indikator tercapainya kepuasan peserta didik. Survei terkait kepuasan peserta didik tidak dilakukan dikarenakan rumah sakit berfokus kepada tindak lanjut dan upaya perbaikan kejadian *bullying* yang terjadi dilingkungan Rumah Sakit. Beberapa upaya perbaikan yang telah dilakukan diantaranya, perbaikan sarana dan prasarana, sistem jaga kerja peserta didik, serta optimalisasi penyaluran kritik saran penyelenggaraan pendidikan

Persentase *Nett Death Rate* (NDR) dari target <2,5% hanya tercapai 6,28%. Indikator tersebut belum mencapai target namun telah dilakukan berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: membuat kajian terhadap penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian dan menindaklanjuti sesuai hasil kajian, meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit, meningkatkan skrining dan komunikasi dengan Rumah Sakit perujuk melalui SISRUTE, melakukan pengembangan layanan paliatif dengan menerapkan *screening* pasien sejak pasien masuk rawat inap sesuai dengan panduan pelayanan paliatif, serta mengoptimalkan layanan *home care* bagi pasien paliatif untuk perawatan di rumah.

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi dari target 100% tercapai 96,98%. Indikator tersebut belum mencapai target namun telah dilakukan berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: optimalisasi koordinasi dengan RS lain melalui jaringan komunikasi grup telegram Jawa Tengah apabila ada kendala dalam implementasi SISRUTE, optimalisasi penggunaan telpon jika jaringan internet atau sistem *error* dalam proses rujukan melalui SISRUTE, koordinasi dengan SIRS dalam menjaga performa jaringan internet untuk mempermudah proses rujukan.

Persentase capaian mutu layanan klinis dari target 80% hanya tercapai 75%. Sedangkan layanan klinis yang tidak tercapai adalah lama rawat < 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1. Upaya akan dilakukan untuk berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain menambah kapasitas tempat tidur perawatan pasien jantung di ruang Kutilang Lt 1

Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target dari target 100% tercapai 86,54%. Indikator tersebut belum mencapai target namun telah dilakukan berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: *roadshow*/sosialisasi regulasi terkait ketepatan visite ke KSM, koordinasi dengan SIMRS untuk optimalisasi penanganan *downtime* RME.

Persentase nilai EBITDA *Margin* dari target > 20% tercapai -3% Indikator tersebut belum mencapai target namun telah dilakukan berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: meningkatkan pendapatan non JKN/ *Out Of Pocket* Customer, pengendalian beban pegawai dengan evaluasi pelaksanaan remunerasi, pengendalian beban farmasi dengan optimalisasi stok persediaan, evaluasi layanan JKN, pelayanan pasien sesuai CP untuk mencegah *over treatment* atau *over utility*, optimalisasi stok persediaan dalam pelayanan pasien.

Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN dari target 10% tercapai 2,76%. Indikator tersebut belum mencapai target namun telah dilakukan berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: melakukan penyediaan fasilitas umum, perbaikan waktu pelayanan serta kualitas SDM, renovasi gedung Paviljoen Garuda sebagai bentuk upaya

rebranding, membuat paket paket layanan yang menarik dan harga kompetitif, pendekatan dengan agen-agen asuransi, program MCU *mobile* dengan sasaran karyawan perusahaan yang bekerja sama dengan asuransi komersial.

Untuk menjalankan kegiatan dalam mencapai sasaran dan tujuan, RSUP Dr Kariadi pada tahun 2024 didukung oleh anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dan PNBP BLU. Alokasi anggaran yang ditetapkan dalam DIPA TA 2024 dengan sumber dana Rupiah Murni dan PNBP BLU senilai Rp1.729.837.516.000 dengan realisasi anggaran sebesar Rp1.607.661.558.639 (92,94%).

Pencapaian 33 indikator kinerja patut disyukuri dan diapresiasi atas kerja keras dan komitmen yang tinggi dari seluruh *civitas hospitalia* selama tahun 2024, sedangkan 5 indikator yang belum tercapai menjadi *input* untuk perbaikan dimasa yang akan datang, sehingga semua program dan indikator kinerja dapat tercapai sesuai dengan target yang telah diperjanjikan.

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN LAPORAN KINERJA 2024	ii
KATA PENGANTAR	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GRAFIK	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi RSUP Dr Kariadi	3
D. Peran Strategis RSUP Dr Kariadi.....	3
E. Struktur Organisasi RSUP Dr Kariadi.....	5
F. Sistematika Penulisan	10
BAB II PERENCANAAN KINERJA	12
A. Rencana Strategis Bisnis.....	12
B. Rencana Kerja Tahunan	17
C. Perjanjian Kinerja 2024.....	17
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	20
A. Capaian Kinerja Organisasi	20
1. Sasaran Strategis Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan.....	21
2. Sasaran Strategis Peningkatan Peran Sebagai RS Pendidikan	31
3. Sasaran Strategis Pengembangan Penelitian	36
4. Sasaran Strategis Peningkatan Mutu Layanan klinis	39
5. Sasaran Strategis Peningkatan Tata kelola RS.....	55
6. Sasaran Strategis Perbaikan Pengalaman Pasien.....	73
7. Sasaran Strategis Layanan Unggulan	88
8. Sasaran Strategis Terwujudnya Program Pengampunan Rumah Sakit.....	94
9. Capaian Kinerja Secara Keseluruhan.....	98
10. Sumber Daya.....	100

a. Sumber Daya Manusia	100
b. Sarana & Prasarana	103
B. Realisasi Anggaran	104
C. Program Efisiensi	108
1. Efisiensi Sumber Daya Manusia	108
2. Efisiensi Sumber Daya Energi	109
3. Pengembangan Inovasi Berbasis Efisiensi Sumber Daya	111
D. Penghargaan RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024	113
BAB IV PENUTUP.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Matriks Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024
Tabel 2.2	Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024
Tabel 3.1	Rekapitulasi Capaian Kinerja Tahun 2024
Tabel 3.2	Gambaran Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi per 31 Desember 2024
Tabel 3.3	Alokasi dan Realisasi Anggaran RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024
Tabel 3.4	Realisasi Anggaran Berdasarkan Sasaran Strategis

DAFTAR GRAFIK

- Grafik 1. Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) per sub
- Grafik 2. Kepuasan Pasien RSUP Dr Kariadi
- Grafik 3. Pegawai berdasarkan kelompok profesi
- Grafik 4. Tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi
- Grafik 5. SDM berdasarkan golongan
- Grafik 6. Realisasi anggaran

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Semarang Tahun 2024
- Lampiran 2. Definisi Operasional Indikator Kinerja Utama
- Lampiran 3. Pegawai RSUP Dr. Kariadi per 31 Desember 2024
- Lampiran 4. Neraca RSUP Dr. Kariadi per 31 Desember 2024
- Lampiran 5. Laporan Operasional RSUP Dr. Kariadi periode sd 31 Desember 2024
- Lampiran 6. Laporan Perubahan Ekuitas RSUP Dr. Kariadi periode sd 31 Desember 2024
- Lampiran 7.
 - Kunjungan Dirjen Farmalkes dalam rangka visitasi CPOB
 - Workshop Digital Content
- Lampiran 8.
 - Kunjungan BPOM Dalam Rangka Visitasi CPOB
 - Workshop pelayanan Prima
- Lampiran 9.
 - Talkshow Peringatan Hari Kanker Sedunia
 - Kunjungan dari RS Harapan Kita
- Lampiran 10. Penghargaan-penghargaan RSUP Dr Kariadi Tahun 2024

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penguatan akuntabilitas kinerja merupakan salah satu program yang dilaksanakan dalam rangka reformasi birokrasi untuk mewujudkan pemerintahan yang bersih dan bebas dari KKN, meningkatnya kualitas pelayanan publik kepada masyarakat, dan meningkatnya kapasitas dan akuntabilitas kinerja birokrasi. Penguatan akuntabilitas ini dilaksanakan dengan penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang SAKIP yang mewajibkan Instansi Pemerintah untuk berakuntabilitas dan membuat laporan kinerja kepada pihak yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta pertanggungjawaban.

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dibangun dalam rangka upaya mewujudkan *good governance* dan sekaligus *result oriented government*. Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, serta sebagai wujud pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu disusun laporan akuntabilitas pada setiap akhir tahun.

Dalam rangka optimalisasi pelaksanaan tugas pokok RSUP Dr.Kariadi yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. RSUP Dr. Kariadi sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Kementerian Kesehatan ikut berpartisipasi dalam mewujudkan cita-cita tersebut sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Kariadi tahun 2020-2024 yang memiliki tujuan organisasi yaitu: terwujudnya RSUP Dr. Kariadi sebagai RS Modern dan Berdaya Saing Tinggi Tahun 2024.

Upaya-upaya RSUP Dr. Kariadi dalam mewujudkan tujuan organisasi ini tertuang dalam sasaran-sasaran yang ingin dicapai setiap tahunnya selama tahun 2024 yaitu: 1) Peningkatan kualitas pemberi layanan; 2) Peningkatan peran sebagai RS Pendidikan; 3) Pengembangan penelitian; 4) Peningkatan mutu layanan klinis; 5) Peningkatan tata kelola RS; 6) Perbaikan pengalaman pasien; 7) Layanan unggulan; 8) Terwujudnya program pengampunan rumah sakit;

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, RSUP Dr. Kariadi sebagai BLU setiap tahun telah menyusun Rencana Kerja Tahunan yang mengacu pada Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang berbasis kinerja dan Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang telah ditetapkan. Penyusunan RBA berdasarkan atas kemampuan pendapatan yang akan

diterima baik yang bersumber dari APBN maupun dari jasa layanan rumah sakit. Rencana Kinerja Tahunan ditahun 2024 merupakan proses penetapan berkesinambungan antar program kerja dan kegiatan selama 1 tahun, dimana tercantum sasaran strategis, program kerja, serta Indikator Kinerja berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang telah disesuaikan dengan revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr Kariadi Tahun 2020 - 2024.

Laporan Kinerja merupakan gambaran pencapaian kinerja rumah sakit yang ditunjukkan dengan tercapainya program kerja dan indikator kinerja yang dikaitkan dengan pencapaian realisasi anggaran serta pendapatan rumah sakit. Laporan Kinerja diharapkan dapat meningkatkan penyempurnaan perencanaan periode yang akan datang dan juga penyempurnaan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang.

Sebagai landasan, penyusunan laporan kinerja mengacu pada beberapa peraturan perundang-undangan yaitu :

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014 Tanggal 20 November 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XI1/2011 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan No: HK 02.04/1/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja RSUP Dr Kariadi Tahun 2024 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSUP Dr Kariadi sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2024 sebagai tahun kelima pelaksanaan Rencana Strategis (2020-2024) RSUP Dr Kariadi.

Laporan Kinerja RSUP Dr. Kariadi juga dimaksudkan sebagai pengejawantahan prinsip transparansi dan akuntabilitas yang merupakan pilar penting pelaksanaan *good*

governance dan menjadi cermin untuk mengevaluasi kinerja organisasi selama satu tahun agar dapat melaksanakan kinerja ke depan secara lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun kinerja sumber daya manusianya.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP Dr. KARIADI

1. Tugas Pokok RSUP Dr. Kariadi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Dr Kariadi mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

2. Fungsi RSUP Dr. Kariadi

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana di atas, RSUP Dr. Kariadi menyelenggarakan fungsi :

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. pengelolaan sistem informasi;
- k. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

D. PERAN STRATEGIS RSUP Dr. KARIADI

1. Visi dan Misi

Visi RSUP Dr. Kariadi :

**" MENJADI RUMAH SAKIT MODERN DAN BERDAYA SAING TINGGI
DI TINGKAT ASIA TAHUN 2024"**

Misi RSUP Dr.Kariadi :

1. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, penelitian kesehatan yang bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien dan lingkungannya
2. Menyelenggarakan proses bisnis rumah sakit yang sehat dan produktif
3. Menyelenggarakan pengembangan digitalisasi pelayanan rumah sakit

Nilai – nilai :

1. **Kepercayaan**, Yakin dan mampu memberikan pelayanan berkualitas, mendapat pengakuan sebagai pusat rujukan utama bagi pelanggan.
2. **Integritas**, Sifat atau keadaan yang menunjukkan kesatuan yang utuh sehingga memiliki potensi dan kemampuan yang memancarkan kewibawaan dan kejujuran.
3. **Peduli**, Peka terhadap kebutuhan orang lain dan mau membantu tulus ikhlas.
4. **Profesional**, Dalam menjalankan profesinya mengikuti standar, aturan dan menjamin mutu sebagai anggota organisasi rumah sakit.
5. **Efisien**, Pemanfaatan sumber daya sesuai kebutuhan dengan menggunakan waktu, biaya, tenaga yang tepat.
6. **Kebersamaan**, Kerja sama, saling menghargai, sinergi.

2. Tantangan Strategis

Tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSUP Dr Kariadi untuk periode tahun 2020 – 2024 sebagai berikut :

- a. Adaptasi pelayanan RS rujukan berkaitan dengan pandemi COVID-19
- b. Revolusi Industri 5.0 dan Ekonomi Digital
- c. Tuntutan sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional, tetapi sistem rujukan berjenjang belum optimal
- d. Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan multidisiplin, terintegrasi dan bermutu
- e. Kemampuan tata kelola organisasi secara profesional dengan lingkup pelayanan yang semakin luas
- f. Kemampuan pembiayaan BPJS
- g. Kebutuhan tenaga kesehatan yang unggul dan berkompetensi khusus, dengan tidak adanya pengangkatan pegawai non PNS baru selama 5 tahun ke depan
- h. Tingkat kemandirian RS sebagai Badan Layanan Umum (SDM, keuangan, sarana)
- i. Standar pelayanan kesehatan yang belum seragam pada masing-masing RS
- j. Penataan lingkungan RS yang berorientasi pada kebutuhan pasien, kenyamanan dan keamanan lingkungan
- k. Integrasi antara RS Pendidikan dengan RS Universitas

- l. Kebijakan pelayanan RS kelas standar
- m. Transformasi layanan kesehatan

E. STRUKTUR ORGANISASI

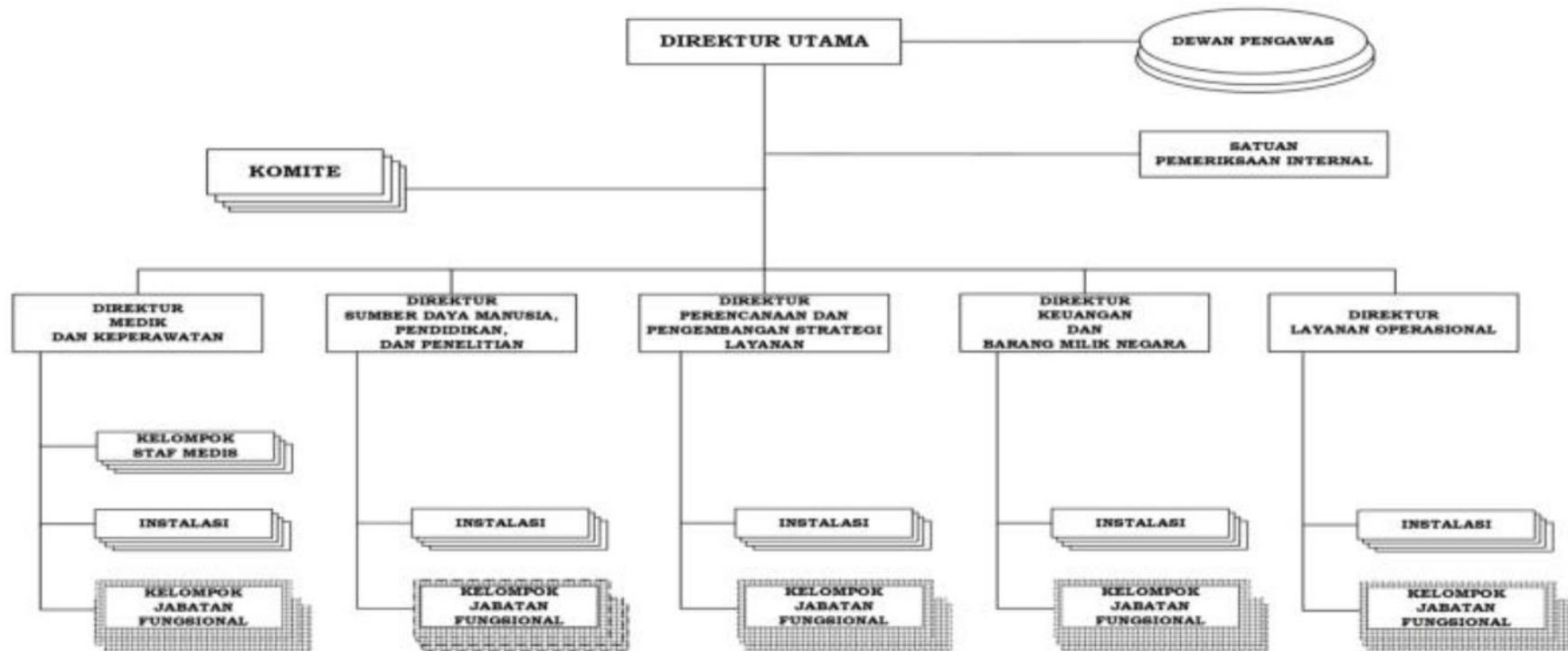
RSUP Dr Kariadi dipimpin oleh Direktur Utama dan susunan organisasi terdiri dari :

1. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian
3. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan
4. Direktorat Keuangan dan BMN
5. Direktorat Layanan Operasional
6. Unit-unit fungsional

Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja di Lingkungan Kementerian Kesehatan

LAMPIRAN III
PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR
26 TAHUN 2022 TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH
SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN

A. BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT TIPE I



Penjabaran rinci terhadap masing-masing Direktorat dan unit non struktural sebagaimana rincian dibawah ini :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Direktur Medik dan Keperawatan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama dengan tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan non medis.

Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai 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; d. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas :

- 1) Manager Pelayanan Medik terdiri dari Asisten Manager Pelayanan Medik Rawat Inap, Asisten Manager Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Asisten Manager Kendali Mutu & Biaya.
- 2) Manager Pelayanan Keperawatan terdiri dari Asisten Manager Pelayanan Keperawatan Rawat Inap dan Asisten Manager Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan.
- 3) Manager Pelayanan Penunjang terdiri dari Asisten Manager Pelayanan Penunjang Medik dan Asisten Manager Pelayanan Penunjang Non Medik.

Dilingkungan Direktorat Medik dan Keperawatan dibentuk Instalasi sebagai satuan kerja non struktural yaitu :

- 1) Instalasi Eksekutif
- 2) Instalasi Onkologi
- 3) Instalasi Rawat Inap Kelas I dan II
- 4) Instalasi Rawat Inap Kelas III dan Unit Stroke
- 5) Instalasi Jantung
- 6) Instalasi Pelayanan Ibu dan Anak
- 7) Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik
- 8) Instalasi Rawat Intensif
- 9) Instalasi Rawat Darurat
- 10) Instalasi Bedah Sentral
- 11) Instalasi Radiologi
- 12) Instalasi Rekam Medik
- 13) Instalasi Rawat Jalan
- 14) Instalasi Gizi
- 15) Instalasi Laboratorium
- 16) Instalasi Farmasi

2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh Direktur dengan tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian mempunyai 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, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian terdiri atas :

- 1) Manager SDM terdiri dari Asisten Manager Administrasi SDM, Asisten Manager Pengembangan SDM dan Asisten Manager Pembinaan.
- 2) Manager Pendidikan dan Pelatihan terdiri dari Asisten Manager Pelatihan dan Asisten Manager Pendidikan, *Academic Health System* dan Pengampuan.
- 3) Manager Penelitian terdiri dari Asisten Manager *Centre Research Unit* dan Asisten Manager *Health Technology Assessment*.

3. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan

Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan dipimpin oleh Direktur dengan tugas melaksanakan urusan perencanaan dan pengembangan strategi layanan.

Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan mempunyai fungsi a. penyusunan rencana, program, dan anggaran; b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; c. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan d. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan terdiri atas :

- 1) Manager Perencanaan dan Evaluasi Program terdiri dari Asisten Manager Perencanaan Program dan Asisten Manager Evaluasi dan Pelaporan Program.
- 2) Manager Pengembangan Strategi Layanan terdiri dari Asisten Manager Pengembangan Strategi dan Inovasi Layanan dan Asisten Manager Promosi Kesehatan dan Pemasaran.
- 3) Manager Perencanaan Anggaran terdiri dari Asisten Manager Penyusunan Anggaran dan Asisten Manager Evaluasi Anggaran.

4. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara

Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan keuangan dan barang milik negara.

Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara mempunyai fungsi a. pelaksanaan urusan perbendaharaan; b. pelaksanaan anggaran; c. pelaksanaan urusan akuntansi; d. pengelolaan barang milik negara; e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan anggaran rumah sakit; dan f. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara terdiri atas :

- 1) Manager Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran terdiri dari Asisten Manager Perbendaharaan dan Asisten Manager Pelaksanaan Anggaran.
- 2) Manager Akuntansi dan BMN terdiri dari Asisten Manager Akuntansi dan Asisten Manager Pengelolaan Barang Milik Negara.

5. Direktorat Layanan Operasional

Direktorat Layanan Operasional dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas melaksanakan urusan layanan operasional.

Direktur Layanan Operasional mempunyai fungsi a. pengelolaan sistem informasi rumah sakit; b. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat; c. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana; d. pemeliharaan dan perbaikan alat medis; e. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit; f. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit; g. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit; h. pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; dan i. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat

Direktorat Layanan Operasional terdiri atas :

- 1) Manager Operasional dan Ketatausahaan terdiri dari Asisten Manager Operasional dan Asisten Manager Ketatausahaan.
- 2) Manager Hukum dan Hubungan Masyarakat terdiri dari Asisten Manager Hukum dan Kerjasama dan Asisten Manager Informasi dan Hubungan Masyarakat.

Dilingkungan Direktorat Layanan Operasional dibentuk Instalasi sebagai satuan kerja non struktural yaitu :

- 1) Instalasi SIRS
- 2) Instalasi IPS RS
- 3) Instalasi Laundry & CSSD

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr Kariadi No : HK.02.03/I.II/1937/2024 tanggal 1 September 2023 tentang Struktur Organisasi RSUP Dr Kariadi, dijelaskan bahwa Komite di lingkungan RSUP Dr Kariadi terdiri dari :

- 1) Komite Medik
- 2) Komite Etik dan Hukum
- 3) Komite Koordinasi Pendidikan
- 4) Komite Mutu Rumah Sakit
- 5) Komite Keperawatan
- 6) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- 7) Komite Etik Penelitian Kesehatan

Selain membentuk Komite, Direktur Utama RSUP Dr Kariadi juga menetapkan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mempunyai tugas antara lain melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya.

F. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan adalah sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

Bab II Perencanaan Kinerja

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;

4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

Bab IV Penutup

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Lampiran:

- 1) Perjanjian Kinerja Tahun 2024
- 2) Laporan Keuangan Tahun 2024 :
 - a. Neraca per 31 Desember 2024
 - b. Laporan Operasional per 31 Desember 2024
 - c. Laporan Perubahan Ekuitas per 31 Desember 2024
- 3) Lain-lain yang dianggap perlu

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS BISNIS

Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah dokumen perencanaan berorientasi pada hasil ingin dicapai yang didalamnya dijelaskan mengenai strategi atau arahan sebagai dasar dalam mengambil keputusan organisasi. RSB merupakan komponen penting dalam manajemen sebuah organisasi dan menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan *stakeholder*.

Rencana strategis disusun dan dilaksanakan oleh para manajer puncak dan menengah untuk mencapai tujuan organisasi. Pada tahun 2024 terdapat revisi rencana strategis bisnis 2020-2024 meliputi perubahan sasaran strategis, indikator kinerja utama dan program kerja strategis. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan kebijakan secara nasional dari Kementerian Kesehatan tentang program transformasi kesehatan terutama transformasi layanan rujukan.

Untuk itu dalam penerapannya didalam sebuah organisasi, pejabat tertinggi perlu membuat suatu perencanaan strategis yang dikoordinasikan dengan unit terkait untuk dijalankan bersama demi mencapai tujuan yang diinginkan dari sebuah organisasi.

1. Tujuan

RSUP Dr Kariadi sebagai Badan Layanan Umum yang tertuang dalam revisi Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024 yang disebutkan dalam sasaran strategis antara lain:

- a. Peningkatan kualitas pemberi layanan
- b. Peningkatan peran sebagai RS Pendidikan
- c. Pengembangan penelitian
- d. Peningkatan mutu layanan klinis
- e. Peningkatan tata kelola RS
- f. Perbaikan pengalaman pasien
- g. Layanan unggulan
- h. Terwujudnya program pengampunan rumah sakit.

2. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama

Rencana strategis bisnis RSUP Dr Kariadi tahun 2020-2024 dilakukan revisi, sehingga terjadi perubahan pada sasaran strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU), yang sebelumnya terdapat 9 (sembilan) sasaran strategis dan 65 (enam puluh lima) indikator kinerja utama menjadi 8 (delapan) sasaran strategis dan 39 (tiga puluh sembilan) indikator kinerja utama, sesuai pada tabel 2.1 dibawah ini :

Tabel 2.1 Matriks Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2024

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama		Target				
				2020	2021	2022	2023	2024
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan	1	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	90%	90%	90%	95%	95%
		2	Tercapainya Budaya Kerja	> 80%	> 80%	> 85%	> 90%	-
		3	Tercapainya Indikator Kinerja Individu SDM dengan kinerja baik / sangat baik	> 90%	> 90%	> 92%	> 95%	-
		4	Kepatuhan pada jam kerja	-	-	-	-	80%
		5	Pemenuhan kebutuhan SDM untuk pengembangan layanan unggulan	-	-	-	-	100%
		6	Kepuasan pelanggan internal	>90%	>90%	>95%	>95%	95%
		7	Terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/ Pegawai/ tahun	85%	85%	90%	95%	90%
2	Peningkatan peran sebagai RS Pendidikan	8	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 1 pelatihan / tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		9	Re Akreditasi Rumah Sakit Pendidikan	-	terakreditasi	-	-	-
		10	Meningkatnya jumlah publikasi ilmiah nasional dan internasional	10%	10%	10%	10%	-
		11	Supervisi DPJP terhadap peserta didik	100%	100%	100%	100%	-
		12	Tercapainya kepuasan peserta didik	-	-	-	-	70%
		13	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	-	-	-	-	100%
3	Pengembangan Penelitian	14	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan	-	-	-	-	100%
		15	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	-	-	-	-	10%
4	Peningkatan mutu layanan klinis	16	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	100%	100%	100%	100%	100%
		17	Persentase penurunan jumlah kematian (NDR)	-	-	-	< 2,5%	< 2,5%
		18	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktorat TKPK) 1 indikator untuk masing-masing layanan KJSU	-	-	-	1 indikator	-
		19	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	-	-	-	2 kali	2 kali
		20	Laporan bulanan pengukuran 12 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	-	-	-	12 laporan	-

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama		Target				
				2020	2021	2022	2023	2024
		21	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	-	-	-	12 laporan	-
		22	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	-	-	-	≤ 30 menit	-
		23	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	-	60%	70%	85%	100%
		24	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	-	-	-	-	60%
		25	Survey Budaya Keselamatan	-	-	-	-	>75
		26	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	-	-	-	-	80%
			Tercapainya Target Indikator Nasional Mutu Tahun :	-	-	-	-	-
		27	Kepatuhan kebersihan tangan	-	-	-	≥ 90%	-
		28	Kepatuhan penggunaan APD	-	-	-	100%	-
		29	Kepatuhan identifikasi pasien	-	-	-	100%	-
		30	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	-	-	-	≥ 80%	-
		31	Waktu tunggu rawat jalan	-	-	-	≥ 80%	-
		32	Penundaan operasi elektif	-	-	-	≤ 5%	-
		33	Kepatuhan waktu visit dokter	-	-	-	≥ 80%	-
		34	Pelaporan hasil kritis laboratorium	-	-	-	100%	-
		35	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	-	-	-	≥ 90%	-
		36	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	-	-	-	≥ 85%	-
		37	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	-	-	-	100%	-
		38	Kecepatan waktu tanggap komplain	-	-	-	≥ 80%	-
		39	Kepuasan pasien	-	-	-	IKM ≥ 80	-
5	Peningkatan Tata Kelola RS	40	Penilaian SAKIP	>95	>95	>95	90	-
		41	Persentase unit kerja yang mencapai target IKU	>90%	>90%	>90%	95%	95%
		42	Tetap terwujudnya predikat WBK & WBBM	100%	100%	100%	100%	-
		43	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	-	-	-	-	100%
		44	Rumah sakit terakreditasi	-	-	-	100%	-
		45	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	-	-	-	92,5%	95%
		46	Persentase capaian tata Kelola RS vertikal BLU yang baik	-	-	-	-	100%
		47	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	90%	90%	85%	95%	95%

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama	Target					
			2020	2021	2022	2023	2024	
		48	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	-	-	-	97%	96%
		49	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	-	-	-	95%	90%
		50	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	-	-	-	95%	>90%
		51	Persentase nilai EBITDA Margin	-	-	-	>20%	>20%
		52	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	-	-	-	-	100%
		53	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	>80%	>80%	>80%	>80%	-
		54	Bertambahnya perusahaan asuransi / penjamin yang bekerja sama dengan RSUP Dr Kariadi minimal 1 (satu) penjamin / tahun	100%	100%	100%	100%	-
6	Perbaikan Pengalaman Pasien	55	Terpenuhinya kebutuhan sarana medis dan non medis prioritas	90%	90%	95%	100%	-
		56	Peralatan terkalibrasi sesuai standart dan tepat waktu	100%	100%	100%	100%	-
		57	Persentase Alat Kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	-	-	-	-	90%
		58	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar	-	-	-	95%	90%
		59	IT terintegrasi seluruh pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%
		60	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	-	-	-	1 sistem	-
		61	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	-	-	-	100%	100%
		62	Kepuasan pelanggan eksternal	> 80	>80	>80	>80	>80
		63	IPAL memenuhi baku mutu lingkungan sesuai standar	100%	100%	100%	100%	
		64	Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		65	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	-	-	-	-	80%
		66	Tingkat keamanan radiasi/nuklir sesuai standar	100%	100%	100%	100%	-
		67	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	-	-	-	70%	-
		68	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	-	-	-	≥ 80%	-

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama		Target				
				2020	2021	2022	2023	2024
7	Layanan Unggulan	69	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	-	-	-	≥ 80%	-
		70	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%	100%	100%	100%	100%
		71	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	-	-	-	1 layanan	-
		72	Terwujudnya inovasi pelayanan, minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%	100%	100%	100%	-
		73	Bertambahnya layanan non JKN, minimal 1 (satu) pelayanan/tahun	100%	100%	100%	100%	-
		74	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	-	-	-	2 Layanan	-
		75	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	-	-	-	10%	-
		76	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	-	-	-	-	1 layanan
		77	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	-	-	-	-	10%
8	Terwujudnya program pengampunan rumah sakit	78	Terpenuhinya sarana prasarana untuk layanan Kanker, jantung, Stroke, Urologi (KJSU) dan KIA sesuai standar	-	-	-	95%	-
		79	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	-	-	-	1 RS	-
		80	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	-	-	-	1 RS	-
		81	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	-	-	-	1 layanan	-
		82	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	-	-	-	-	1 RS
		83	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	-	-	-	-	4 RS

B. RENCANA KERJA TAHUNAN 2024

Rencana kerja tahunan adalah dokumen perencanaan kinerja untuk periode satu tahun yang memuat kebijakan program dan kegiatan. Penyusunan rencana kerja tahunan merupakan penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam RSB. Didalam rencana kerja tahunan ditetapkan rencana tingkat capaian kinerja tahunan, sasaran dan seluruh indikator kinerja kegiatan. Penyusunan rencana kerja tahunan meliputi penetapan sasaran, indikator dan target yang ingin dicapai dalam tahun yang bersangkutan serta program dan kebijakan.

C. PERJANJIAN KINERJA 2024

Perjanjian kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024 yang telah ditetapkan sesuai dengan Rencana Strategis RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024 dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi

Perjanjian kinerja dibawah ini merupakan dasar bagi kinerja RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2024 untuk melaksanakan program dan/atau kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Indikator-indikator, target dan pagu anggaran RSUP Dr. Kariadi Semarang tahun 2024 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjianan Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan	1.1	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	95%
		1.2	Kepatuhan pada jam kerja	80%
		1.3	Pemenuhan kebutuhan SDM utk pengembangan layanan unggulan	100%
		1.4	Kepuasan pelanggan internal	95%
		1.5	Terpenuhinya standart pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun	90%
2	Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	2.1	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun	100%
		2.2	Tercapainya kepuasan peserta didik	70%
		2.3	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	100%
3	Pengembangan	3.1	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan	100%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	penelitian	3.2	Persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	10%
4	Peningkatan mutu layanan klinis	4.1	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	100%
		4.2	Persentase Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal	<2.5%
		4.3	Jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
		4.4	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	100%
		4.5	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%
		4.6	Survey Budaya Keselamatan	>75
		4.7	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
5	Peningkatan Tata kelola RS	5.1	Persentase unit kerja yang mencapai target IKU	95%
		5.2	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		5.3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		5.4	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
		5.5	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	95%
		5.6	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%
		5.7	Persentase nilai EBITDA Margin	>20%
		5.8	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		5.9	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%
		5.10	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
6	Perbaikan pengalaman pasien	6.1	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%
		6.2	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar	90%
		6.3	IT terintegrasi seluruh pelayanan	100%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	Perbaikan pengalaman pasien	6.4	Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%
		6.5	Kepuasan pelanggan eksternal	>80
		6.6	Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun	100%
		6.7	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%
7	Layanan unggulan	7.1	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%
		7.2	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan
		7.3	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
8	Terwujudnya program pengampunan RS	8.1	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		8.2	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata madya	4 RS

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen khususnya membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSUP Dr. Kariadi dalam kurun waktu tahun 2024.

Tahun 2024 merupakan tahun kelima pelaksanaan dari Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Kariadi Tahun 2020–2024 mengacu pada Rencana Strategi Bisnis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi dengan target pada setiap indikator kegiatan didalam Rencana Strategis Bisnis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi melalui analisis pencapaian kinerja tentang penyebab keberhasilan/kegagalan, kendala yang dihadapi, alternatif solusi yang telah dilakukan, efisiensi penggunaan sumber daya untuk setiap indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/ kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RSUP Dr. Kariadi selama tahun 2024 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan diawal tahun, capaian tahun lalu dan target jangka menengah, serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan rumah sakit.

Sasaran merupakan tujuan yang ingin dicapai oleh RSUP Dr. Kariadi dalam jangka waktu tertentu dengan rumusan yang lebih spesifik dan terukur. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau/dievaluasi terhadap indikator-indikator RSUP Dr. Kariadi yang telah ditetapkan pada awal tahun berjalan. Selain itu perlu dievaluasi bagaimana capaian program dan kegiatan yang dapat menunjang tercapainya sasaran strategis rumah sakit.

Sasaran strategis yang ingin dicapai RSUP Dr Kariadi dalam kurun waktu tahun 2020-2024 adalah 1) peningkatan kualitas pemberi layanan; 2) peningkatan peran sebagai RS pendidikan; 3) pengembangan penelitian 4) peningkatan mutu layanan klinis; 5) peningkatan tata kelola RS ; 6) perbaikan pengalaman pasien; 7) layanan unggulan; dan 8) terwujudnya program pengampunan RS.

Sasaran strategis tersebut dijabarkan dalam 39 (tiga puluh sembilan) Indikator Kinerja Utama (IKU)/ *Key Performance Indicator* (KPI) yang wajib dicapai setiap tahun sesuai dengan target yang telah ditetapkan serta dituangkan dalam bentuk Perjanjian Kinerja yang ditandatangani oleh Direktur Utama dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Hasil pengukuran dan evaluasi terhadap kinerja tahun 2024 diketahui terdapat 33 indikator kinerja yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan 5 indikator kinerja belum mencapai target yaitu:

1. Persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal;
2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi;
3. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target;
4. Persentase nilai *EBITDA Margin* dan
5. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.

Selain itu terdapat 1 indikator kinerja yang tidak dapat dilakukan pengukuran yaitu indikator tercapainya kepuasan peserta didik, karena tidak dimungkinkan untuk dilakukan survey pasca merebaknya pemberitaan terkait kasus *bullying* PPDS di RSUP Dr Kariadi

Capaian sasaran strategis terhadap 39 indikator dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

1. SASARAN STRATEGIS PENINGKATAN KUALITAS PEMBERI LAYANAN

1.1 Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai

Indikator terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai adalah terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai RSUP Dr Kariadi (PNS dan Non PNS) sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan oleh rumah sakit.

Standar kompetensi merupakan modal awal yang harus dimiliki seorang pegawai untuk dapat melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya. Untuk mendukung program pelayanan di rumah sakit terutama layanan prioritas yaitu Kanker, Jantung, Stroke, Urologi dan KIA serta meningkatkan standar kompetensi sumber daya manusia, maka rumah sakit melaksanakan beberapa pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk pemenuhan kompetensi di unit-unit khusus seperti Rawat Intensif, Gawat Darurat, Bedah Sentral, Kemoterapi, Hemodialisa, NICU, Jantung dan isolasi.

Untuk menghitung indikator tersebut : (Jumlah pegawai dimasing-masing jabatan yang mempunyai kompetensi sesuai standar/Jumlah pegawai masing-masing jabatan) x 100%

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	2020	90%	-	-
		2021	90%	91,99%	102,21%
		2022	90%	99,48%	110,53%
		2023	95%	95,53%	100,34%
		2024	95%	100%	105,26%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai tahun 2024 adalah 100% telah melebihi dari target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 105,26%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 95,53%. Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa terdapat komitmen terhadap peningkatan kompetensi pegawai karena dengan meningkatnya kompetensi pegawai akan meningkatkan kinerja serta kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- Capaian kinerja terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai mengalami *trend* yang positif dari tahun ke tahun. Pada tahun 2021 kegiatan peningkatan kompetensi pegawai bagi perawat diunit khusus dapat dilaksanakan dengan menerapkan protokol kesehatan serta tercapai sesuai target. Sedangkan pada tahun 2022 kinerja standar kompetensi seluruh pegawai tercapai 110,53% dari target. Pada tahun 2023 sedikit mengalami penurunan meskipun masih diatas target yang sudah ditentukan dan realisasi terhadap capaian sebesar 100,34%.
- Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 95%. Realisasi kinerja terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Keberhasilan dari capaian indikator terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

- Dukungan dari manajemen terkait anggaran yang dialokasikan untuk pendidikan

formal dan non formal, meliputi pendidikan lanjut, pelatihan, *workshop* dan seminar.

- Sistem pelatihan dengan menggunakan *blended learning* dapat memangkas waktu pelatihan sehingga dapat menjangkau peserta pelatihan lebih banyak, dikarenakan peserta masih bisa melakukan pelayanan disela pelatihan.
- Pelatihan dilaksanakan secara *in house training* dengan melibatkan fasilitator internal, sehingga anggaran yang dibutuhkan lebih kecil.

b. Kendala

Meskipun telah mencapai target, dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan kendala yang dihadapi dalam rangka pencapaian indikator. Kendala tersebut antara lain:

- Unit kerja tidak bisa mengirimkan peserta pelatihan sesuai quota yang diberikan karena terbatasnya jumlah tenaga di ruangan yang harus memberikan pelayanan.
- Belum tingginya minat pegawai untuk mengikuti peningkatan kompetensi yang bersifat tugas belajar, dikarenakan berkurangnya remunerasi yang diterima pegawai jika mengikuti tugas belajar.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja dijelaskan sebagai berikut:

- Melaksanakan pemenuhan tenaga sesuai analisa beban kerja dan *Training Need Assesment* (TNA)
- Peserta yang belum bisa mengikuti pelatihan akan diusulkan kembali untuk mengikuti pelatihan sesuai jadwal.
- Adanya kebijakan dari direktur terkait pegawai yang mengikuti tugas belajar tetap mendapatkan remunerasi sebesar 30%.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Metode pelatihan dengan sistem *blended learning* dan *e-learning* secara umum sudah menuju pada efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi sehingga dapat memangkas waktu pelatihan tatap muka. Tentu saja hal ini berdampak pada menurunnya biaya penyelenggaraan pelatihan.
- Beberapa pelatihan dilaksanakan secara *In House Training* yang melibatkan fasilitator internal. Hal ini dapat menurunkan anggaran dan menjangkau peserta yang lebih banyak.

1.2 Kepatuhan Pada Jam Kerja

Kepatuhan pada jam kerja adalah terlaksananya kepatuhan pegawai melaksanakan presensi kehadiran tepat waktu sesuai ketentuan. Dalam menghitung indikator kepatuhan pada jam kerja dengan formula :

Jumlah pegawai yg mentaati jam kerja (tidak terlambat) dlm satu bulan penilaian X100%
Jumlah seluruh pegawai

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Kepatuhan pada jam kerja	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	80%	94,06%	117,58%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja kepatuhan pada jam kerja tahun 2024 adalah 94,06% telah melebihi dari target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 80% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 117,58%.
- Adanya perubahan kebijakan secara nasional terkait penambahan indikator sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Dalam revisi tersebut indikator kinerja kepatuhan pada jam kerja merupakan indikator baru yang ditetapkan pada Perjanjian Kinerja 2024, sehingga realisasi kinerja 2024 tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator kepatuhan pada jam Kerja dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa hal yang mempengaruhi capaian kepatuhan pada jam kerja melebihi target yaitu :

- Adanya sinkronisasi kepatuhan jam kerja pegawai terhadap remunerasi yang diterima. Apabila pegawai tersebut terlambat sesuai kriteria akan berpengaruh terhadap nilai IKI. Sehingga hal ini memotivasi pegawai untuk datang tepat waktu.
- Sistem absensi menggunakan aplikasi kariadi *employee* yang dapat diakses dari semua area Rumah Sakit, memudahkan pegawai untuk melakukan absensi.

b. Kendala

Beberapa pegawai datang mendekati jam masuk kerja, sedangkan sistem absensi menggunakan aplikasi berpotensi terjadi gangguan karena server yang padat,

sehingga kesulitan merekam absensi.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja dijelaskan sebagai berikut:

- Memotivasi para pegawai datang lebih awal untuk menghindari kesulitan melakukan perekaman absensi.
- Setiap unit kerja diharapkan melakukan *feedback* ke pegawai terkait rekap keterlambatan pegawai.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Pengukuran absensi pegawai menggunakan aplikasi kariadi *employee* yang berbasis sistem teknologi informasi sudah *paperless*.
- Pegawai yang bekerja sesuai dengan jam kerja yang telah ditentukan akan meningkatkan produktivitas sehingga dapat mengoptimalkan SDM yang ada.

1.3 Pemenuhan Kebutuhan SDM untuk Pengembangan Layanan Unggulan

Dengan tersedianya *mapping* SDM sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan unggulan diharapkan pemenuhan dan peningkatan kompetensi SDM secara kualitas dan produktifitas layanan semakin tinggi dalam rangka menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Indikator pemenuhan kebutuhan SDM untuk pengembangan layanan unggulan adalah tersedianya *mapping* SDM sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan unggulan dengan standar kompetensi seluruh pegawai di unit pelayanan unggulan secara kuantitas dan kualitas sesuai yang dipersyaratkan Rumah Sakit. Unit Pelayanan Unggulan meliputi :

- Instalasi dan KSM Onkologi
- Instalasi dan KSM Jantung
- Instalasi Bedah Sentral dan KSM Bedah
- Tim CST
- Tim *Brain and Spine*

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Pemenuhan Kebutuhan SDM untuk Pengembangan Layanan Unggulan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja pemenuhan kebutuhan SDM untuk pengembangan layanan unggulan tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.
- b. Adanya perubahan kebijakan secara nasional yaitu program transformasi kesehatan layanan rujukan serta penambahan indikator sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Dalam revisi tersebut indikator kinerja pemenuhan kebutuhan SDM untuk pengembangan layanan unggulan merupakan indikator baru yang ditetapkan pada Perjanjian Kinerja 2024, sehingga realisasi kinerja 2024 tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator pemenuhan kebutuhan SDM untuk pengembangan layanan unggulan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian target, yaitu :

- Dukungan manajemen dalam upaya meningkatkan kualitas SDM terkait layanan unggulan baik dari segi anggaran dan perijinan.
- Rumah sakit mengadakan pelatihan terkait pelayanan unggulan, seperti pelatihan CST
- Tersedianya mapping SDM sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan unggulan akan memudahkan unit kerja dalam melakukan pengembangan karier melalui peningkatan kompetensi sesuai standar pelayanan unggulan.
- Belum tersedianya penyelenggara pelatihan terkait layanan unggulan.

b. Kendala

Pelatihan terkait pelayanan unggulan banyak dilakukan di luar negeri, sehingga membutuhkan dana yang cukup besar.

c. Alternatif solusi yang telah dilakukan adalah mengupayakan pemenuhan pelatihan atau *fellowship* melalui jalur beasiswa dari Kementerian Kesehatan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pemenuhan SDM yang mendukung pelayanan unggulan beberapa menggunakan dana beasiswa.

1.4 Kepuasan Pelanggan Internal

Untuk mendukung kualitas pelayanan rumah sakit, dukungan dari seluruh pegawai sangat dibutuhkan. Pegawai RS merupakan *stakeholder* yang merupakan aset RS dan

harus diberikan faktor kenyamanan guna mendukung pelayanan secara keseluruhan. Kepuasan pegawai sebagai salah satu faktor yang turut menentukan hasil kerja yang terwujud dalam pelayanan di rumah sakit.

Definisi operasional indikator kepuasan pelanggan internal adalah kepuasan pelanggan internal yang menyatakan puas dengan menggunakan kuesioner kepuasan pelanggan internal. Prosentase jumlah pelanggan internal pengelola yang menyatakan puas dengan range rata-rata skor puas $\geq 2,6$. Untuk menghitung indikator tersebut : $(\text{Jumlah pelanggan internal yang menyatakan puas} / \text{Jumlah pelanggan internal yang disurvei}) \times 100\%$

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Kepuasan Pelanggan Internal	2020	90%	97,18%	107,98%
		2021	90%	96,91%	107,68%
		2022	95%	91,32%	96,13%
		2023	95%	98,26%	103,43%
		2024	95%	95,45%	100,47%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja kepuasan pelanggan internal tahun 2024 adalah 95,45% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100,47%. Untuk menggambarkan tingkat kepuasan kerja pegawai RSUP Dr Kariadi perlu dilakukan *survei* kepuasan pada pegawai. Pada tahun 2024 dilakukan survei dengan jumlah responden 1166 responden dari beberapa jenis profesi seperti tenaga medis, keperawatan, profesional Kesehatan lain dan tenaga non medis.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 95,45% mengalami penurunan jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 98,26% meskipun mengalami penurunan akan tetapi realisasi masih melebihi target yang telah ditetapkan.
- Indikator kepuasan pelanggan internal tahun 2022 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2021, hal ini disebabkan ketidakpuasan tentang kurang jelasnya penerimaan gaji, remunerasi, kelengkapan sarana prasarana penunjang pekerjaan dan adanya kesan tidak puas terhadap kepemimpinan. Pada tahun 2023 terjadi peningkatan kembali dengan capaian sebesar 98,26%.
- Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana

Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 95%. Realisasi kinerja kepuasan pelanggan internal tahun 2024 sebesar 95,45%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator kepuasan pelanggan internal dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

- Hasil survey menunjukkan bahwa profesi yang paling banyak menyatakan tidak puas adalah profesi perawat sedangkan unit kerja yang paling banyak menyatakan tidak puas adalah Instalasi Farmasi, Instalasi Rawat Intensif dan instalasi laboratorium terpadu.
- Ketidakpuasan pegawai mayoritas terkait perubahan kebijakan remunerasi sebesar 49% mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan hasil survey periode Juni 2024.

b. Kendala

Survei dilaksanakan pada bulan Desember, sehingga bagian OSDM kesulitan mengatur jadwal terkait pemenuhan responden, pengolahan hasil survei dan melakukan analisa.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja dijelaskan sebagai berikut:

- Melakukan sosialisasi kepada pegawai yang menyatakan tidak puas melalui forum komunikasi pegawai.
- Sosialisasi kepada pimpinan unit kerja dan seluruh pegawai tentang adanya pedoman remunerasi yang baru.
- Menyediakan kotak saran untuk menampung kritik saran terkait system manajemen rumah sakit.
- Survei dilakukan di bulan November sehingga bagian OSDM mempunyai cukup waktu dalam melakukan survei dan analisa.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pelaksanaan survei sudah mengarah pada efisiensi penggunaan sumber daya, karena berbasis teknologi informasi, sehingga sudah *paperless*.

1.5 Terpenuhinya Standar Pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun

Tujuan dari adanya program pembelajaran adalah untuk memberikan keahlian / ketrampilan sesuai bidang tugas yang ditekuninya berupa pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*) dan sikap perilaku (*attitude*) sehingga ASN dan Non PNS tersebut

dapat melaksanakan tugasnya secara profesional, efektif dan efisien.

Indikator terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun adalah terlaksananya monitoring kegiatan pengembangan kompetensi setiap ASN dan Non PNS untuk mendapatkan pembelajaran minimal 20 JPL oleh unit kerja dan melaporkan angka capaian dalam 1 tahun. Rekap kegiatan pengembangan kompetensi dilakukan monitoring melalui link <https://bit.ly/KompetensiPegawai2024>. Untuk menghitung indikator tersebut formulanya sebagai berikut : $(\text{Jumlah pegawai yang mendapatkan pembelajaran minimal 20 JPL} / \text{Jumlah pegawai di unit kerja}) \times 100\%$.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan kualitas pemberi layanan	Terpenuhinya Standar Pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun	2020	85%	89,70%	105,53%
		2021	85%	147,54%	173,58%
		2022	90%	324,04%	360,04%
		2023	95%	73,74%	77,62%
		2024	90%	98,61%	109,57%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun tahun 2024 adalah 98,61% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 90% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 109,57%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 98,61% mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 73,74%. Hal ini menunjukkan bahwa komitmen dari rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan serta kompetensi pegawai melalui pembelajaran formal maupun informal diantaranya mengikuti pelatihan, seminar, *workshop*, *fellowship* dll. Tujuan serta manfaat pelatihan dan pengembangan SDM ini berguna untuk meningkatkan keahlian/skill karyawan yang berkaitan dengan pekerjaan agar kualitas performa mereka meningkat sehingga memberikan manfaat bagi kemajuan organisasi.
- Pencapaian indikator terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun menunjukkan *trend* yang positif dari tahun ke tahun. Namun pada tahun 2023 terjadi penurunan yang cukup signifikan dikarenakan ada perubahan definisi operasional yaitu jumlah pegawai yang mendapatkan pembelajaran 20 JPL dibagi Jumlah seluruh pegawai PNS, P3K dan BLU dikalikan 100%, Sehingga

diharapkan akan menggambarkan pegawai yang sudah mendapatkan 20 JPL/tahun dan pegawai yang masih kurang atau belum mendapatkan 20 JPL/tahun.

- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 90%. Realisasi kinerja terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun tahun 2024 sebesar 98,61%, angka tersebut telah melebihi target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terpenuhinya standar pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang menjadi penyebab keberhasilan, diantaranya :

- Adanya komitmen dari manajemen rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan serta kompetensi pegawai melalui pembelajaran formal maupun informal diantaranya mengikuti pelatihan, seminar, *workshop*, *fellowship* dll. Tujuan serta manfaat pelatihan dan pengembangan SDM ini berguna untuk meningkatkan keahlian/skill karyawan yang berkaitan dengan pekerjaan agar kualitas performa mereka meningkat sehingga memberikan manfaat bagi kemajuan organisasi.
- Tersedianya pelatihan/ webinar di platform sehat yang mudah diakses oleh seluruh pegawai

b. Kendala

- Sistem pembelajaran *e-learning* yang ada belum semua dipahami oleh semua pegawai. Sehingga ada pegawai yang sudah mengikuti pelatihan, namun belum tercatat secara sistem.
- Belum semua pegawai memanfaatkan platform sehat untuk mengakses pelatihan atau seminar terutama untuk pegawai non nakes

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja dijelaskan sebagai berikut:

- Resosialisasi sistem pembelajaran *e-learning* dan e diklat
- Memperbanyak pengembangan kompetensi dengan pembelajaran *Online* melalui *Learning Manajemen System* (LMS) sehingga memungkinkan dalam satu waktu kegiatan dapat diikuti lebih banyak peserta
- Optimalisasi fungsi Diklat RS untuk pencapaian standar pembelajaran minimal 20 JPL / Pegawai / Tahun

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Sistem pembelajaran dengan menggunakan *e-diklat* dan *e- learning* adalah sistem pembelajaran dengan memanfaatkan teknologi informasi, dimana sistem pembelajaran dapat dilakukan secara *online* maupun *offline*. Hal ini mengarah pada efisiensi sumber daya, karena anggaran penyelenggaraan pelatihan yang dibutuhkan menjadi lebih kecil.
- Adanya LMS/plataran sehat yang memberikan kemudahan akses pelatihan atau seminar online sehingga memungkinkan dalam satu waktu kegiatan dapat diikuti lebih banyak peserta.
- Pelatihan *In House Training* dengan melibatkan fasilitator internal menjadikan biaya pelatihan lebih sedikit dan dapat menjangkau lebih banyak peserta

2. SASARAN STRATEGIS PENINGKATAN PERAN SEBAGAI RS PENDIDIKAN

2.1 Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan / tahun

Akreditasi pelatihan adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah atau badan akreditasi yang berwenang kepada suatu pelatihan yang telah ditetapkan sehingga diberikan izin untuk penyelenggaraannya. Dengan akreditasi pelatihan akan diperoleh gambaran mutu penyelenggaraan pelatihan dan kompetensi lulusan dari setiap program pelatihan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan.

Indikator jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun adalah jumlah pelatihan yang dipasarkan terakreditasi oleh PPSDM Kemenkes minimal 10 pelatihan dalam 1 tahun.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan / tahun	2020	100%	100%	100%
		2021	100%	100%	100%
		2022	100%	100%	100%
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan / tahun tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%. Pada tahun 2024 pelatihan terakreditasi yang sudah berjalan sejumlah

45 pelatihan, diantaranya :

1. Pelatihan Preceptorship Dan Mentorship Bagi Pembimbing Klinik Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
 2. Pelatihan Dialisis bagi Perawat di Rumah Sakit dan Klinik Khusus Dialisis
 3. Pelatihan *Emergency Nursing* - Intermediate Level (Keperawatan Gawat Darurat Tingkat Intermediate)
 4. Pelatihan Pengelolaan Sitostatika dan Sediaan Intravena bagi Tenaga Farmasi di Rumah Sakit
 5. Pelatihan Implementasi Manajemen Ruang Rawat bagi Kepala Ruang di RS
 6. Pelatihan Pemantauan Terapi Obat (PTO) bagi Apoteker di Rumah Sakit
 7. Pelatihan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) Bagi Dokter dan Perawat Di Rumah Sakit
 8. Pelatihan Perawatan Perina dan Pendamping NICU bagi Perawat
 9. Pelatihan Tata Kelola Klinis Keperawatan bagi Komite Keperawatan di Rumah Sakit
 10. Pelatihan Keperawatan Intensif pada Anak (PICU)
 11. Pelatihan Keperawatan Intraoperatif Bedah Saraf bagi Perawat di Rumah sakit
 12. Pelatihan Pelayanan Keperawatan Intensif (ICU)
 13. Pelatihan Audit Keperawatan
 14. Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan (TPK)
 15. Pelatihan Dialisis bagi Perawat di Rumah Sakit dan Klinik Khusus Dialisis
- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%, namun secara jumlah penelitian yang terakreditasi mengalami penurunan yaitu dari 48 pelatihan pada tahun 2023 menjadi 45 pelatihan pada tahun 2024. Meskipun demikian kondisi tersebut telah melebihi dari target yang ditentukan yaitu minimal 10 pelatihan/tahun.
- c. Capaian indikator meningkatnya jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun dari tahun ke tahun selalu tercapai 100%. Pada tahun 2021 terlaksana 11 pelatihan dikarenakan kondisi pandemi COVID-19 dan tahun 2022 terlaksana sejumlah 30 pelatihan yang terakreditasi. Sementara pada tahun 2023 sebanyak 48 pelatihan.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun untuk Tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor keberhasilan dalam mencapai target, diantaranya :

- Rumah Sakit mempunyai fasilitator internal dengan jumlah yang cukup memadai sehingga mampu melaksanakan pelatihan secara berkala
- RSUP Dr Kariadi mempunyai *branding* yang baik terkait narasumber , fasilitator dan mutu pelayanan

b. Kendala

- Masih banyak potensi pelatihan yang dapat diusulkan ke Direktorat Mutu Tenaga Kesehatan sebagai pelatihan yang terakreditasi, namun masih ada kendala terkait penyusunan kurikulum oleh tim

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja adalah mendorong Kelompok Staf Medik (KSM), Kelompok Staf Keperawatan (KSK), atau unit kerja untuk mengusulkan kurikulum pelatihan yang berpotensi untuk di pasarkan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Semua pelatihan yang dilaksanakan sudah mengarah pada efisiensi penggunaan sumber daya, seperti *paperless*. Karena tehnik pendaftaran, absensi, pre test dan post test serta materi sudah menggunakan sistem teknologi yang berbasis informasi.

2.2 Tercapainya Kepuasan Peserta Didik

Kepuasan peserta didik adalah tingkat kepuasan peserta didik yang diukur dengan menggunakan survey kepada responden terpilih.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	Tercapainya Kepuasan Peserta Didik	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	70%	N/A	N/A

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja tercapainya kepuasan peserta didik yang diukur berdasarkan survey kepada peserta didik tidak dimungkinkan untuk dilakukan sebagai dampak dari pemberitaan terkait dengan kasus *bullying* di RSUP Dr Kariadi, sehingga RS berfokus kepada tindak lanjut dan upaya perbaikan *bullying*.
- b. Adanya perubahan kebijakan organisasi terkait upaya perbaikan program pendidikan peserta didik serta untuk memperoleh gambaran tentang kepuasan pembelajaran peserta didik yang ada di rumah sakit maka ada penambahan indikator sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), dimana dalam Revisi tersebut indikator tercapainya kepuasan peserta didik merupakan indikator baru dalam RSB yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja 2024, sehingga tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator kepuasan peserta didik dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja
 - Survei terkait kepuasan peserta didik tidak dilakukan dikarenakan rumah sakit berfokus kepada tindak lanjut dan upaya perbaikan kejadian *bullying* yang terjadi dilingkungan Rumah Sakit. Beberapa upaya perbaikan yang telah dilakukan diantaranya, perbaikan sarana dan prasarana, sistem jaga kerja peserta didik, serta optimalisasi penyaluran kritik saran penyelenggaraan pendidikan
- b. Kendala
 - Kejadian *bullying* yang terjadi di lingkungan RSUP Dr Kariadi banyak menyita waktu untuk melakukan telusur kasus serta melakukan rencana tindak lanjut.
- c. Alternatif Solusi
 - Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja memperbaiki sarana prasarana, sistem jam jaga serta optimalisasi penyaluran kritik dan saran
 - Upaya tindak lanjut yang akan dilaksanakan untuk meningkatkan kepuasan peserta didik adalah dengan melakukan survei secara berkala
- d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Survei dilakukan dengan menggunakan link sehingga menghemat biaya pelaksanaan survei.

2.3 Terlaksananya Program *Fellowship* untuk Program Prioritas

Definisi operasional indikator terlaksananya program *fellowship* untuk program prioritas adalah jumlah program *fellowship* yang terlaksana untuk layanan kanker, jantung,

uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Nilai terlaksananya program *Fellowship* :

- Ada program *fellowship* : 100 %
- Tidak ada program *fellowship* : N/A

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	Terlaksananya Program <i>Fellowship</i> untuk Program Prioritas	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator terlaksananya program *fellowship* untuk program prioritas adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%. Kegiatan program *fellowship* bertujuan untuk mengembangkan kompetensi tenaga kesehatan. Program *fellowship* yang telah terlaksana pada tahun 2024 ada 10 program, beberapa diantaranya adalah :

- 1) *Fellowship* Jantung intervensi
- 2) *Fellowship* Neonatologi
- 3) *Fellowship* onkologi
- 4) *Fellowship* neurologi (neurointervensi)
- 5) *Fellowship* tatalaksana penyakit Ginjal dan dialisis tahap dasar

- b. Adanya perubahan kebijakan nasional terkait program transformasi kesehatan yaitu layanan 9 program prioritas yang dicanangkan sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), dimana dalam Revisi tersebut indikator terlaksananya program *fellowship* untuk program prioritas merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terlaksananya program *fellowship* untuk program prioritas dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor keberhasilan dalam mencapai target, diantaranya :

- RSUP Dr Kariadi merupakan Rumah Sakit Vertikal Kemenkes mempunyai layanan prioritas dengan strata paripurna dan sebagai tim pengampu nasional sehingga mendukung terlaksanya program fellowship
- Mempunyai SDM dan sarana prasarana yang lengkap terkait pelayanan layanan prioritas
- Merupakan rumah sakit pusat rujukan Tipe A di Jawa Tengah yang memungkinkan tersedianya jenis kasus yang lengkap sebagai bahan pembelajaran peningkatan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan.

b. Kendala

Belum semua KSM terlibat dalam program fellowship pelayanan prioritas

c. Alternatif solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja adalah dengan meningkatkan koordinasi dengan KSM untuk meningkatkan peluang melaksanakan program *fellowship*

3. SASARAN STRATEGIS PENGEMBANGAN PENELITIAN

3.1 Terlaksananya Penelitian Klinis Layanan Unggulan

Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan adalah terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan RS yaitu Jantung, Bedah minimal invasif, onkologi, dan transplantasi organ. Penelitian klinis dilakukan oleh staf RSUP Dr Kariadi.

Nilai terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan :

- Terlaksana penelitian klinis layanan unggulan RS = 100%
- Tidak terlaksana penelitian klinis layanan unggulan RS = 0%

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Pengembangan Penelitian	Terlaksananya Penelitian Klinis Layanan Unggulan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%. Pada tahun 2024, ada 12 penelitian terkait pelayanan unggulan yang

berasal dari layanan jantung dan onkologi.

- b. Indikator terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan merupakan indikator baru dikarenakan adanya perubahan kebijakan nasional terkait program transformasi kesehatan pada pilar tiga pengembangan riset sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), dimana dalam Revisi tersebut indikator terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan, diantaranya :

- Dukungan manajemen terkait alokasi anggaran dan perijinan melaksanakan penelitian.
- Adanya pelatihan yang bekerja sama dengan BRIN terkait metodologi penelitian
- Adanya program dana hibah penelitian

- b. Kendala

Meskipun target sudah tercapai, namun secara kuantitas masih perlu ditingkatkan serta belum semua pelayanan unggulan berkontribusi dalam penelitian.

- c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja adalah melakukan koordinasi dengan KSM, KSK dan unit terkait termasuk pihak sponsor untuk melakukan penelitian layanan unggulan di RS Kariadi

- d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Penelitian dengan melibatkan sponsor selain memberikan manfaat hasil penelitian, juga akan menambah pendapatan rumah sakit

3.2 Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi Yang Mendukung 9 Layanan Prioritas di RS Pendidikan

Kegiatan publikasi ilmiah adalah sebagai penyebarluasan suatu penelitian ilmiah orisinal yang telah dilakukan oleh orang lain. Dimana tujuan adanya publikasi ilmiah untuk memberikan informasi khususnya dari kalangan akademisi atau para ahli dibidangnya. Saat ini kegiatan publikasi penelitian klinik difokuskan kepada 9 layanan prioritas yaitu layanan Kanker, Jantung, Stroke, Urologi, KIA, layanan Diabetes Melitus, layanan TBC, penyakit infeksi serta layanan Kesehatan Jiwa.

Definisi operasional indikator persentase penelitian klinik terpublikasi yang

mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan adalah persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, *website*, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.

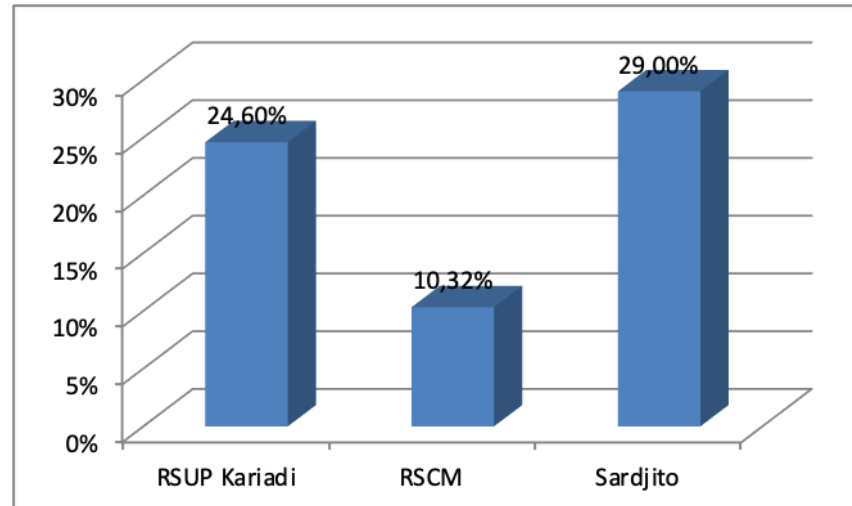
Formula penghitungan indikator sebagai berikut : jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Pengembangan Penelitian	Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi Yang Mendukung 9 Layanan Prioritas di RS Pendidikan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	10%	24,6%	246%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rs pendidikan adalah 24,6% telah melebihi target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 10% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 246%.
- Adanya perubahan kebijakan secara nasional serta penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun, dimana dalam revisi tersebut indikator persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan merupakan indikator baru sehingga tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.
- Indikator persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan ini merupakan indikator yang wajib diukur oleh semua rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan sehingga rumah sakit kariadi dapat membandingkan dengan rumah sakit lain.



Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di RS pendidikan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian

Beberapa faktor yang mempengaruhi ketercapaian target diantaranya karena adanya penelitian yang dilaksanakan dengan bekerjasama dengan BRIN sehingga berdampak terhadap kualitas penelitian yang lebih baik. Hal ini akan mendukung terhadap publikasi penelitian. Selain itu RSUP Dr Kariadi merupakan RS pusat rujukan dimana banyak kasus yang kompleks dan menarik untuk dijadikan bahan penelitian

b. Kendala

- Beberapa peneliti tidak melaporkan hasil publikasi meskipun koordinasi dengan KSM agar peneliti melaporkan hasil publikasi sudah dilakukan namun belum berhasil
- Belum ada sistem yang "mengikat" peneliti untuk melaporkan hasil publikasi

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target adalah melakukan sosialisasi, monitoring dan evaluasi terkait penelitian terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Publikasi pada jurnal yang terpercaya akan membawa nama baik rumah sakit. Hal ini merupakan salah satu strategi pemasaran yang tanpa membutuhkan anggaran.

4. SASARAN STRATEGIS PENINGKATAN MUTU LAYANAN KLINIS

4.1 Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik

Pelayanan sesuai panduan praktik klinik adalah pelayanan kesehatan unggulan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan Panduan Praktik Klinik yang berlaku.

Penilaian dilakukan pada pasien rawat inap terkait pemberian obat untuk layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro, dan KIA (1 penyakit tiap layanan) :

- ☐ Kanker : Acute Lymphoblastic Leukemia
- ☐ Jantung : STEMI
- ☐ Stroke : Stroke Iskemik
- ☐ Uronefro : Gagal Ginjal Kronik
- ☐ KIA : Preeklamsia Berat

Pengukuran kinerja dihitung dengan formula : (Jumlah pasien dengan diagnosis terpilih yang mendapat pelayanan obat sesuai Panduan Praktik Klinik / Jumlah pasien dengan diagnosis terpilih) X 100%

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	2020	100%	100%	100%
		2021	100%	100%	100%
		2022	100%	100%	100%
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator pelayanan sesuai panduan praktik klinik adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.
- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Hal tersebut menunjukkan komitmen dari DPJP untuk tetap melakukan pelayanan kepada pasien sesuai dengan panduan praktik klinik.
- c. Capaian indikator pelayanan sesuai panduan praktik klinik dari tahun ke tahun tercapai sesuai target, hal ini menunjukkan bahwa DPJP dalam melakukan pelayanan dan perawatan kepada pasien sesuai dengan panduan prosedur standar pelayanan kesehatan, sehingga dihasilkan pelayanan kesehatan yang optimal, professional serta dapat dipertanggungjawabkan. Apabila ada pelayanan baru yang harus dilakukan oleh dokter maka mengusulkan panduan praktik klinik tersebut untuk ditetapkan oleh Direktur.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana

Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja pelayanan sesuai panduan praktik klinik untuk Tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator pelayanan sesuai panduan praktik klinik dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Tercapainya indikator pelayanan sesuai panduan praktik klinik disebabkan adanya kepatuhan dari seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan klinis kepada pasien sesuai dengan standar panduan praktik klinik serta mendokumentasikannya dengan berfokus pada diagnosis, pemberian terapi, masalah klinis dan tahapan pelayanan.

b. Kendala

Kendala yang dihadapi terhadap pencapaian indikator adalah:

- Memerlukan pengecekan satu persatu secara manual dikarenakan belum ada sistem yang membantu, sedangkan sumber daya manusia yang tersedia terbatas.
- Keterbatasan waktu yang tersedia untuk melakukan analisa terhadap capaian akibat menunggu kiriman data dari Instalasi lain yang seringkali berdekatan dengan waktu pelaporan sehingga penyelesaian masalah belum optimal.
- PPK yang tersedia di RSUP Dr. Kariadi adalah untuk diagnosa tunggal, sedangkan mayoritas pasien yang dirawat merupakan pasien dengan penyakit kompleks sehingga banyaknya pasien yang tereksklusi.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Mengusulkan upaya integrasi PPK dengan RME, agar dapat notifikasi ketika ada penyimpangan dan memudahkan pelaporan.
- Menginisiasi pembuatan PPK dengan diagnosis kompleks

d. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Pelaksanaan layanan sesuai Panduan Praktik Klinik adalah tata laksana yang berfokus pada upaya untuk menjamin mutu layanan serta mewujudkan *patient safety* sehingga apabila mutu layanan baik dapat mempercepat kesembuhan pasien, sehingga dapat mengurangi LOS pasien dan berdampak pada efisiensi biaya perawatan.

4.2 Persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal

Indikator presentase *Net Death Rate* adalah jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan.

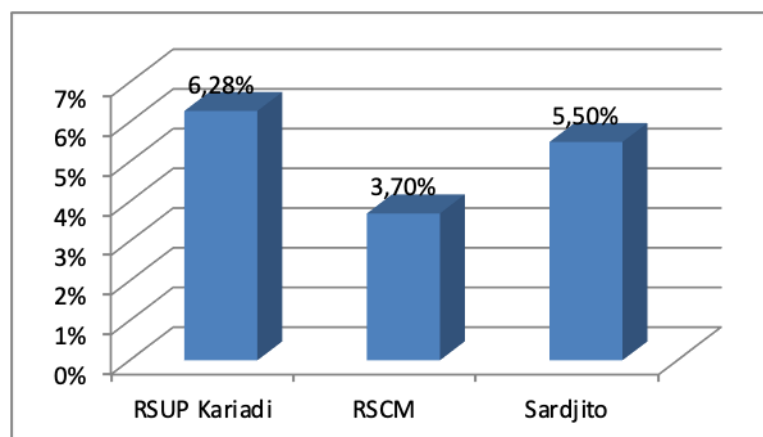
Pengukuran kinerja dihitung menggunakan formula : Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100.

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Persentase <i>Nett Death Rate</i> (NDR) di RS Vertikal	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	<2,5%	5,98%	0%
		2024	<2,5%	6,28%	0%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator Persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal adalah 6,28% tidak mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar <2,5% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 0%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 6,28%% menurun jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 5,98%. Hal tersebut menunjukkan masih diperlukan rencana tindak lanjut dalam upaya peningkatan capaian kinerja.
- Adanya perubahan kebijakan secara nasional serta penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), dimana dalam revisi tersebut indikator Persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal merupakan indikator baru sehingga tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir.
- Capaian NDR dari beberapa rumah sakit vertical melebihi dari target <2,5% termasuk RSU Dr. Kariadi capaiannya lebih tinggi dari RS Sardjito dan RSCM.



Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dan akan dilakukan serta

efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Realisasi indikator presentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit belum mencapai target yang ditentukan Kementerian Kesehatan, dimana RSUP Dr Kariadi masih melebihi target dikarenakan beberapa faktor berikut :

- Pasien yang dirawat merupakan pasien rujukan fasyankes dengan *severity level* 2-3.
- Pasien yang meninggal terbanyak adalah pasien dengan kasus keganasan, gagal ginjal stage 5 dan penyakit sistem pernafasan.

b. Kendala

- Pasien yang dirawat di RSUP Dr Kariadi mayoritas merupakan pasien rujukan dengan penyakit kompleks dan seringkali sudah berada pada kondisi terminal
- Beberapa pasien sudah dilakukan perawatan di RS sebelumnya dan dirujuk dengan *severity level* 2-3 atau sudah dalam perawatan paliatif.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dan akan terus dioptimalkan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Membuat kajian terhadap penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian dan menindaklanjuti sesuai hasil kajian.
- Meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit
- Meningkatkan skrining dan komunikasi dengan Rumah Sakit perujuk melalui SISROUTE. Terlebih untuk pasien *end stage* atau *paliatif care*.
- Melakukan pengembangan layanan paliatif dengan menerapkan screening pasien sejak pasien masuk rawat inap sesuai dengan panduan pelayanan paliatif, serta mengoptimalkan layanan home care bagi pasien paliatif untuk perawatan di rumah.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Adanya skrining dan komunikasi dengan Rumah Sakit perujuk melalui SISROUTE, terlebih untuk pasien *End Stage* dan *Paliatif Care* dimana perawatan lebih bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Perawatan ini dilakukan dengan cara mengurangi gejala yang mengganggu dan memberikan dukungan fisik, psikososial, dan spiritual. Perawatan ini juga meminimalkan tindakan yang bersifat agresif sehingga menurunkan biaya perawatan pasien.

4.3 Jumlah Laporan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan.

Salah satu faktor kunci dalam pengembangan pelayanan rumah sakit adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan medik. Karena mutu pelayanan medis merupakan indikator penting, baik buruknya pelayanan di rumah sakit. Di sisi lain mutu sangat terkait dengan *safety* (keselamatan), karena itu upaya pencegahan *medical error* sangatlah penting. Dalam upaya meningkatkan pelayanan rumah sakit terhadap tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu, perlu diselenggarakan kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis.

Audit medis adalah upaya evaluasi secara professional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis. Saat ini audit medis difokuskan kepada 9 layanan prioritas yaitu Kanker, Jantung, Stroke, Urologi, Kesehatan Ibu & Anak, Respi TB, DM, Gastrohepatologi, PINERE.

Definisi operasional indikator jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan adalah hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan.

Pengukuran kinerja dihitung dengan menggunakan formula : Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Jumlah Laporan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	2 kali	2 kali	100%
		2024	2 kali	2 kali	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja tahun 2024 untuk indikator jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan adalah 2 kali telah mencapai

target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebanyak 2 kali sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Hal tersebut menunjukkan komitmen yang kuat untuk melaksanakan audit medis.
- e. Penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan baru dimulai tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), sehingga realisasi kinerja tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing RS setiap 6 bulan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Adanya *workshop* audit layanan klinis sebagai pembekalan tim audit sebelum dilaksanakan audit.
- Audit medis melakukan kegiatan sesuai harapan, sehingga mampu melakukan audit untuk kasus – kasus 9 layanan prioritas dengan baik, sesuai waktu yang ditetapkan
- Adanya koordinasi yang baik antara komite medik, komite keperawatan, tim audit dan KSM layanan prioritas sehingga audit ini dapat dilakukan.

b. Kendala

- Tim Audit terdiri dari berbagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) sehingga untuk menjadwalkan kegiatan audit secara bersama terkadang kesulitan
- Data yang diperlukan dalam audit, tidak bisa langsung ditarik dari RME, sehingga harus membaca satu persatu dari data RME pasien, sehingga membutuhkan waktu lama untuk penyelesaiannya

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target dijelaskan sebagai berikut:

- Penguatan Tim Audit medis secara berkala
- Koordinasi dengan SIRS dan Instalasi Rekam medis untuk formulasi data

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di RSUP Dr kariadi selain untuk melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien juga bertujuan untuk monitoring efisiensi penggunaan sumber daya baik obat ataupun peralatan medis
- Penarikan data secara langsung dari RME akan mempercepat pelaksanaan Audit

Klinis, dan meminimalkan SDM yang terlibat

4.4 Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

SISRUTE (Sistem Rujukan Terintegrasi) merupakan teknologi informasi berbasis internet yang dapat menghubungkan data pasien dari tingkat layanan lebih rendah ke tingkat layanan lebih tinggi atau sederajat (horizontal maupun vertikal). Manfaat dengan adanya SISRUTE adalah :

- Peningkatan mutu layanan dengan sistem informasi rujukan terintegrasi
- Peningkatan mutu layanan rumah sakit perujuk dengan informasi dan koordinasi untuk pelayanan lanjutan pasien yang berdampak pada kepuasan pasien.
- Sistem rujukan terintegrasi sebagai acuan untuk pelaksanaan rujukan di rumah sakit secara nasional.

Indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi ini merupakan indikator yang wajib diukur oleh semua rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan sejak tahun 2021

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi merupakan Persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam, dengan formula perhitungannya sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	2020	-	-	-
		2021	60%	99,20%	165,33%
		2022	70%	98,73%	141,04%
		2023	85%	98,30%	115,65%
		2024	100%	96,98%	96,98%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah 96,98% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 96,98%. Meskipun belum mencapai target, namun data menunjukkan bahwa rumah sakit dalam merespon kasus rujukan kurang dari 1 jam dan *respon time* jawaban sisrute tiap bulan

pada periode Januari - Desember 2024 mayoritas ≤ 5 menit, hal ini didukung karena tersedianya petugas SISROUTE yang *full time*.

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 96,98% menurun jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 98,3%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa harus dilakukan upaya untuk peningkatan pencapaian kinerja agar sesuai dengan target yang diharapkan.
- c. Indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi baru ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2021 dengan realisasi kinerja 99,20% dari target yang ditentukan 60% atau capaian sebesar 165,33%. Nilai capaian indikator tahun 2022 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2021 walaupun realisasi telah melebihi dari target. Hal tersebut dikarenakan pada bulan Juni – Juli 2021 rujukan yang paling banyak adalah rujukan pasien covid-19 hal ini berkaitan dengan tingginya kasus pasien COVID-19 di wilayah Semarang dan Jawa Tengah. *Trend* realisasi kinerja respon SISROUTE mengalami penurunan/tren negatif. Meskipun mengalami penurunan namun sampai dengan tahun 2023 masih mencapai target, hanya kinerja 2024 yang tidak mencapai target.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISROUTE) Tahun 2024 sebesar 96,98%, angka tersebut belum mencapai target jangka menengah.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Capaian indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi saat ini belum mencapai target meskipun sudah ada petugas yang stand by untuk merespon SISROUTE. Hal ini dikarenakan SISROUTE merupakan sistem berbasis teknologi informasi yang sangat bergantung kepada jaringan internet dan server dari SISROUTE itu sendiri. Keterlambatan dalam merespon SISROUTE selama ini teridentifikasi dikarenakan saat sistem sedang mengalami gangguan.

b. Kendala

SISROUTE terkadang mengalami gangguan sistem/ server *down* dari PUSDATIN, sehingga menghambat kecepatan petugas untuk merespon.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dan akan terus dioptimalkan dalam rangka pencapaian kinerja:

- Optimalisasi koordinasi dengan RS lain melalui jaringan komunikasi grup telegram Jawa Tengah dalam proses rujukan pasien apabila ada kendala dalam implementasi SISROUTE.
- Optimalisasi penggunaan telpon apabila ada masalah jaringan internet atau sistem *error* dalam proses rujukan melalui sistrute.
- Koordinasi dengan SIRS dalam menjaga performa jaringan internet untuk mempermudah proses rujukan.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Implementasi SISROUTE di IGD RSUP Dr Kariadi sangat efisien dalam penggunaan sumber daya. Baik sumber daya manusia (staf) maupun sumber daya pendukung yang lain seperti fasilitas pendukung pelayanan SISROUTE. Untuk SDM, pelayanan SISROUTE RSUP Dr Kariadi cukup dikerjakan oleh 1 orang staf keperawatan per *shift*. sedangkan untuk proses pelayanan semuanya *paperless*.

4.5 Persentase Kasus Sectio Emergensi Kategori 1 dengan Waktu Tanggap Maksimal 30 menit

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

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit adalah dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.

Yang termasuk SC kategori I adalah :

1. Fetal distress
2. Prolaps tali pusat/tali pusat menumbung
3. Gagal vakum/gagal forseps
4. Ruptura uteri imminens
5. Obstructed labor
6. Letak lintang kasep
7. Perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (*immediate threat to life*), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Formula perhitungan indikator tersebut : Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	80%	45,37%	56,81%
		2024	60%	69,95%	116,58%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit tahun 2024 adalah 69,95% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 60% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 116,58%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 69,95% mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 45,37%. Hal tersebut menunjukkan terjadi peningkatan layanan untuk kasus SC emergensi.
- Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa ada penambahan indikator mandatory dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit mulai tahun 2023 sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB), sehingga indikator ini baru dapat di bandingkan dalam dua tahun terakhir. Jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2023, maka tahun 2024 ini persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit mengalami kenaikan sebesar 13,14%.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 meni dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang menjadi penyebab keberhasilan realisasi presentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit diantaranya adalah :

- Adanya SPO Code Pink tentang kode kegawatdaruratan untuk menyelamatkan ibu dan bayi yang tidak dapat ditunda pelaksanaannya.
- Komitemen DPJP dan setiap unit untuk mematuhi setiap alur proses sesuai dengan SPO Code pink
- Ketepatan waktu dari kedatangan tim Obsgyn, Anestesi dan perinatologi
- Meningkatnya kepatuhan petugas IBS dalam menggunakan aplikasi SIEKO untuk

memasukkan data

- Monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala dan melakukan tindak lanjut terkait masalah yang ditemukan

b. Kendala

Realisasi indikator presentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit sebenarnya sudah mencapai diatas target yang telah ditetapkan, namun dalam pelaksanaan masih ditemukan beberapa kendala sebagai berikut :

- Penyiapan kamar operasi terutama disaat jam kerja karena tingginya kegiatan operasi di IBS
- Faktor pasien yang kurang operatif saat dilakukan tindakan pembiusan

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Optimalisasi pelaksanaan pengaturan penyiapan kamar operasi sesuai dengan SK Direktur Utama RSUP Dr Kariadi No HK. 02.03/II.356/2022 tentang pelayanan operasi gawat darurat emergency di IBS dan rawat sehari RSUP Dr Kariadi.
- Rapat koordinasi oleh Tim Kerja layanan medik bersama unit terkait untuk optimalisasi pencapaian *respon time* kurang dari 30 menit

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Perbaikan capaian presentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit karena adanya SPO *Code Pink* serta komitmen unit terkait untuk melaksanakan setiap alur proses sesuai SPO. Hal ini dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Pada tahun 2024 tidak ada kasus kejadian ibu meninggal atau bayi *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) akibat tidak tercapainya *respon time* 30 menit.
- Mengupayakan salah satu kamar operasi cito sebagai OK maternal *code pink*. Namun apabila tidak ada pasien sesuai kasus kategori satu maka dapat digunakan untuk operasi lainnya dengan sebelumnya katim IBS akan melakukan identifikasi ke IGD PONEK, SISRUTE dan kamar bersalin apakah ada calon pasien maternal. Sehingga kamar operasi tetap dapat dioptimalkan utilisasinya.

4.6 Survey Budaya Keselamatan

Upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit akan sangat berarti dan efektif bilamana keselamatan pasien menjadi budaya kerja sehari-hari dari setiap unsur di rumah sakit termasuk pimpinan, pelaksana pelayanan dan staf. Konsep budaya keselamatan pasien didefinisikan sebagai produk dari nilai – nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu maupun kelompok yang akan mempengaruhi komitmen dan kemampuan organisasi dalam mengatur manajemen keselamatan.

Budaya keselamatan adalah budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.

Pedoman melakukan survey budaya keselamatan sesuai dengan pedoman dari Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan No. HK.02.02/D/43463/2024 tanggal 9 Juli 2024.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Survey Budaya Keselamatan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	>75	78,8	105,07%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Hasil survey budaya keselamatan pada tahun 2024 sebesar 78,8 tercapai sesuai target yaitu >75 sehingga pencapaiannya 105,07%. Dari hasil tersebut dapat dikatakan baik dan menggambarkan budaya keselamatan pasien di RSUP DR Kariadi Semarang dalam kategori budaya belajar (*Learning Culture*).
- Adanya penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu survey budaya keselamatan sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2024.

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator survey budaya keselamatan dijelaskan sebagai berikut:

- Analisa Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap pencapaian target diantaranya, yaitu:

- Adanya dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien dalam bentuk penyediaan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien

- Adanya kerja sama tim yang solid terkait upaya meningkatkan budaya keselamatan pasien
- Posisi rumah sakit kariadi sudah dalam posisi Pembelajaran Organisasi

b. Kendala

- Masih adanya persepsi staf bahwa merasa setiap kejadian akan dicatat namanya, kurang mendapatkan dukungan dan merasa ada blaming.
- Masih ada persepsi staff memiliki ketakutan mengajukan pertanyaan jika ada yang tidak benar.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Meningkatkan kegiatan sharing Insiden Keselamatan Pasien (IKP), workshop dan pelatihan terkait dengan keselamatan pasien.
- Melaksanakan ronde keselamatan pasien yang melibatkan manager, supervisor atau pimpinan klinis terkait dengan standar keselamatan pasien, pelaporan IKP dan diskusi Bersama penyelesaian permasalahan yang terkait dengan IKP.
- Memperkuat persepsi ke staf bahwa keselamatan pasien mengedepankan *No Blame Culture*
- Desiminasi upaya perbaikan dari hasil temuan ronde keselamatan pasien dan rekomendasi temuan perbaikan IKP.
- Perbaikan sistem pelaporan IKP (approval pimpinan unit dan menu view entry pelaporan IKP)

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Survei budaya keselamatan dilaksanakan secara *paperless* dan sepenuhnya sudah menggunakan link untuk melakukan penelitian.

4.7 Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi.

Rumah Sakit mempunyai peran sangat strategis dalam pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat dan untuk mendukung tercapainya visi dan misi transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan, maka perlu ditetapkan indikator layanan klinis.

Indikator persentase tercapainya output klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas dengan tercapainya output klinis yaitu capaian

indikator klinis terpilih > 80%.

Indikator Klinis terpilih yang ditetapkan berdasarkan hasil *desk* dengan Kemenkes yaitu :

1. Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup
2. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari
3. Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam
4. Lama rawat < 5 hari pada kasus dg STEMI klasifikasi KILLIP 1

Dalam menghitung indikator tersebut : (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indikator klinis yang diukur)

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Mutu Layanan Klinis	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	80%	75%	93,75%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja indikator persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis pada tahun 2024 sebesar 75% belum tercapai sesuai target yaitu 80% sehingga pencapaiannya 93,75% dibandingkan target.
- b. Ada penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi dan capaian kinerja 2024 tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024.

Capaian RSUP Dr. Kariadi tahun 2024 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

No	Indikator	Target	RSUP Dr Kariadi	RSCM	RSUP Dr Sardjito
1	Pasien stroke iskemik pulang	90%	100%	100%	97,23%

	dalam kondisi hidup				
2	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari	80%	83,61%	98,61%	-
3	Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam	80%	100%	90,55%	99,26%
4	Lama rawat < 5 hari pada kasus dg STEMI klasifikasi KILLIP 1	95%	84,37%	99,44%	100%

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Untuk layanan stroke dan PGK stadium 5 sudah mencapai target yang ditetapkan dikarenakan adanya inovasi code stroke dan juga kecepatan tim dalam melakukan pelayanan pasien. Tersedianya layanan hemodialisa dalam 24 jam yang siap melakukan pelayanan setiap saat.

b. Kendala

Sedangkan kendala yang dialami dalam pencapaian target diantaranya,

1) Mastektomi

- Penghentian sementara layanan *fast track* pada bulan November, sehingga lama rawat memanjang akibat proses staging yang semula dilakukan di rawat jalan menjadi saat pasien rawat inap.
- Adanya renovasi IBS menyebabkan penerapan kuota tindakan.
- Kebijakan pendaftaran operasi H-2 menyebabkan lebih lama menunggu jadwal operasi. Jika pasien tidak terjadwal, tindakan harus ditunda 2 hari lagi.
- Kondisi pasien yang perlu perbaikan saat rawat inap.
- DPJP menjadwalkan operasi pada hari tertentu saja, adanya DPJP yang hanya dapat melakukan satu tindakan per hari, sehingga pasien harus menyesuaikan dengan jadwal DPJP.

2) STEMI Klasifikasi KILLIP 1

- Ketidaktahuan keluarga pasien terhadap kondisi pasien sehingga mengakibatkan keterlambatan dalam penanganan di rumah sakit.
- Masih kurangnya langkah deteksi dini terhadap pasien dan ketersediaan sarana prasarana di rumah sakit sebelumnya, sehingga pasien terlambat untuk ditangani.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Pasien dengan program *Modified Radical Mastectomy* (MRM) untuk dapat diprioritaskan mendapatkan kuota tempat tidur dengan mempertimbangkan jadwal DPJP Onkologi. Selanjutnya IBS untuk dapat segera menjadwalkan operasi.
- Mengaktifkan kembali dan memasukkan tindakan MRM pada layanan fast track sebagai upaya pencapaian indikator
- Koordinasi yang cepat dan tepat terhadap rumah sakit perujuk mengenai pasien yang memiliki tanda dan gejala yang mengarah pada STEMI Klasifikasi Killip 1
- Upaya perbaikan koordinasi internal secara ekstensif terkait penanganan terhadap pasien STEMI klasifikasi KILLIP 1

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Bila ditangani pada *Golden Period* maka dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien

5. SASARAN STRATEGIS PENINGKATAN TATA KELOLA RS

5.1 Persentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU

Indikator persentase unit kerja yang mencapai target indikator kinerja unit (IKU) yang telah ditetapkan yang tercantum di dalam kontrak kinerja RSUP Dr. Kariadi.

Unit kerja adalah Tim Kerja/Instalasi/Komite yang menjadi PIC untuk pengukuran data indikator kinerja unit (IKU).

Untuk menghitung indikator tersebut : Jumlah unit kerja yang mencapai target indikator kinerja unit (IKU) dibagi Jumlah seluruh unit kerja dikali 100%

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	-	-	-	-
		2021	90%	97,35%	108,17%
		2022	90%	94,91%	105,46%
		2023	95%	95%	100%
		2024	95%	97,24%	102,35%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja persentase unit kerja yang mencapai target iku Tahun 2024 adalah 97,24% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu

sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 102,35%.

Laporan kinerja unit merupakan perwujudan kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan unit dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik. Untuk mewujudkan tatakelola organisasi yang *baik disetiap unit kerja harus selaras dengan sasaran strategis Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Kariadi 2020-2024*, maka dilakukan evaluasi terhadap laporan pencapaian kinerja unit. Evaluasi dilakukan untuk menilai kinerja setiap unit kerja di RSUP Dr Kariadi secara rutin dan untuk menilai kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 97,24%% meningkat jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 95%. Kondisi tersebut menunjukkan komitmen dari unit untuk melakukan berbagai upaya dalam rangka peningkatan kinerja.
- c. Capaian indikator persentase unit kerja yang mencapai target IKU dari tahun 2022 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2021 walaupun tetap melebihi dari target yang ditetapkan, hal ini mencerminkan bahwa unit kerja dalam menetapkan sasaran dan parameter mutu kinerja sudah dilaksanakan serta ketercapaian hasil sesuai target yang telah ditentukan. Sedangkan pada tahun 2023 capaian sesuai target.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 95%. Realisasi kinerja Persentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU Tahun 2024 sebesar 97,24%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase unit kerja yang mencapai target IKU dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Pencapaian target dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

- Adanya komitmen yang tinggi terhadap usaha pencapaian target indikator yang sudah ditetapkan
- Ketidaktercapaian indikator segera dilakukan analisis dan rencana tindak lanjut untuk upaya perbaikan kedepannya

b. Kendala

Ada indikator yang dalam pencapaiannya melibatkan beberapa unit kerja namun Indikator tersebut hanya diukur oleh salah satu unit kerja saja, sehingga upaya perbaikan terkesan hanya dilakukan dari satu unit saja.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Perlu dilakukan analisis secara mendalam terkait indikator yang belum tercapai serta bukti tindak lanjut dari capaian
- Pendampingan oleh komite mutu kepada unit kerja terkait capaian indikator yang belum tercapai.
- Rapat koordinasi antar unit terkait yang terlibat terhadap indikator yang belum tercapai

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Beberapa indikator kinerja unit sudah mempresentasikan efisiensi penggunaan sumber daya. Beberapa diantaranya adalah indikator terwujudnya program inovasi efisiensi dari unit kerja, efisiensi pengadaan alat medik (efisiensi belanja), digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan terintegrasi serta efisiensi persediaan IPSRS. Hal ini menunjukkan bahwa efisiensi penggunaan sumber daya sudah terimplementasi sampai dengan unit kerja dan dipantau secara berkala.

5.2 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Indikator persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

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

1. Kepatuhan kebersihan tangan $\geq 90\%$
2. Kepatuhan penggunaan APD 100%
3. Kepatuhan identifikasi pasien 100%
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi $\geq 80\%$
5. Waktu tunggu rawat jalan $\geq 80\%$
6. Penundaan operasi elektif $\leq 5\%$
7. Kepatuhan waktu visit dokter $\geq 80\%$
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional $\geq 90\%$
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) $\geq 85\%$
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%
12. Kecepatan waktu tanggap complain $\geq 80\%$
13. Kepuasan pasien IKM ≥ 80

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	86,54%	86,54%

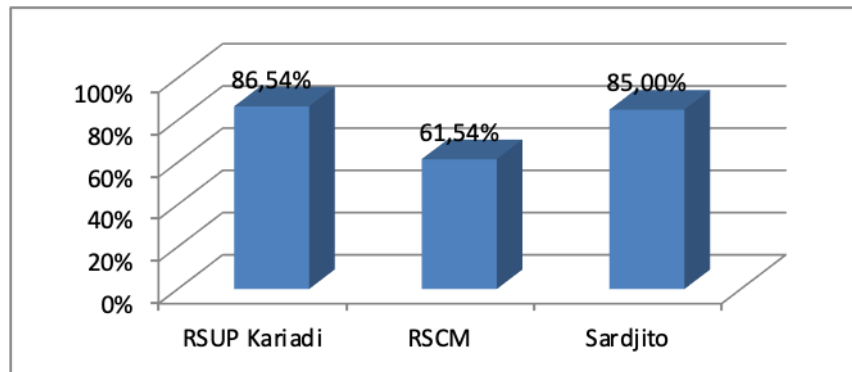
Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja persentase indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target untuk Tahun 2024 adalah 86,54% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 86,54%.

Realisasi indikator persentase indikator nasional mutu (INM) dalam kurun waktu tahun 2024 digambarkan pada tabel berikut :

Indikator	Bulan (dalam %)												Rata-rata
	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	
Persentase INM yang mencapai target	84,62	76,92	84,62	84,62	84,62	76,92	92,31	92,31	92,31	92,31	92,31	84,62	86,54

- b. Ada penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024.
- c. Indikator persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target merupakan indikator yang wajib diukur oleh semua rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan sehingga rumah sakit kariadi dapat membandingkan dengan rumah sakit lain, dari ketiga rumah sakit vertikal didalam grafik semuanya blm mecapai target 100%



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator indikator persentase indikator nasional mutu (INM) dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator yang belum tercapai target adalah waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi (69,95%) dan kepatuhan jam visite dokter spesialis (72,03%) masih ada beberapa kendala yang dihadapi. Meskipun indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi belum tercapai namun sudah terjadi *trend* capaian yang positif.

b. Kendala

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian kinerja diantaranya:

- Utilisasi kamar operasi sangat tinggi sehingga penyiapan kamar operasi SC emergency 1 membutuhkan waktu.
- Faktor pasien yang kurang operatif saat pembiusan menyebabkan waktu pembiusan menjadi memanjang
- Aktivitas klinis DPJP yang sangat padat yaitu poliklinik, tindakan, dan kegiatan ilmiah
- Belum semua DPJP mengetahui terkait regulasi ketepatan visite DPJP
- Sering terjadi *down time* RME
- Jarak antar ruang rawat yang cukup jauh

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Roadshow/sosialisasi regulasi terkait ketepatan visite ke KSM
- Koordinasi dengan SIMRS untuk optimalisasi penanganan *downtime* RME

Rencana tindak lanjut untuk meningkatkan pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Perencanaan kedepan dalam membangun gedung rawat inap untuk memperhitungkan kemudahan mobilitas DPJP
- Mengusulkan perhitungan kembali Analisis Beban Kerja DPJP

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pelaporan indikator mutu, analisis ketercapaian dan rencana tindak lanjut sudah

menggunakan sistem HMIS Rumah Sakit secara *paperless* sehingga meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya

5.3 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

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.

Dalam menghitung indikator tersebut yaitu Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan.

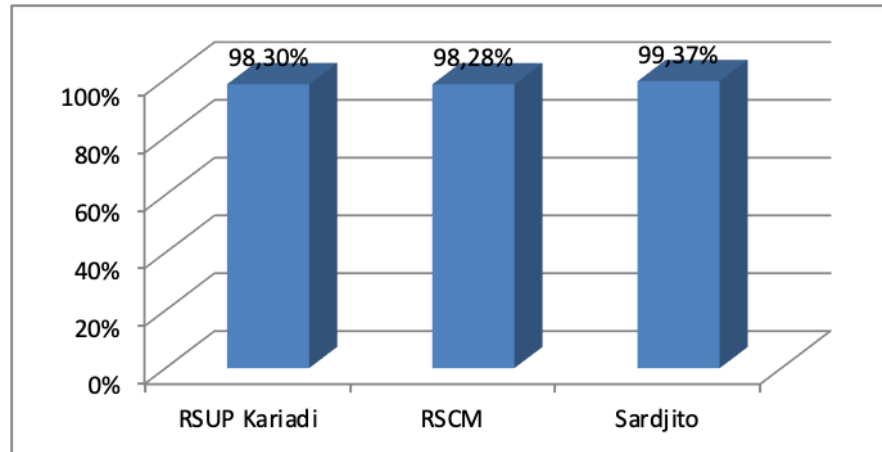
Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	92,5%	97,43%	105,33%
		2024	95%	98,30%	103,47%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Tahun 2024 adalah 98,30% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 103,47%.
- Terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024. Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja dan capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.
- Capaian indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dari sebagian rumah sakit

vertikal diantaranya RSUP Dr. Kariadi, RSCM dan Sardjito hampir sama.



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Capaian kinerja penyelesaian tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan BPK telah mencapai target yang ditetapkan, kondisi tersebut terwujud karena komitmen yang tinggi dari para pihak yang terkait untuk menyelesaikan rekomendasi hasil pemeriksaan BPK, namun pencapaian tersebut belum optimal karena belum seluruhnya tuntas ditindaklanjuti. Permasalahan tersebut disebabkan karena pihak yang terkait langsung dengan rekomendasi adalah pihak eksternal sehingga diperlukan komitmen dan koordinasi yang baik untuk dapat menyelesaikan rekomendasi.

b. Kendala

- Tidak ada kepastian jadwal pemutakhiran data tindak lanjut
- Kecepatan verifikasi progres tindak lanjut menyesuaikan waktu BPK, Itjen dan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- Satuan kerja tidak dilibatkan dalam pemutakhiran data. Pelaksanaan pemutakhiran data dilakukan oleh BPK, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Itjen

c. Alternatif Solusi

Dalam rangka meningkatkan capaian indikator telah dilakukan alternatif solusi antara lain:

- Melakukan koordinasi dengan pihak yang terkait langsung dengan rekomendasi hasil pemeriksaan BPK.
- Melakukan koordinasi dengan pihak eksternal terkait dengan perkembangan tindak lanjut, antara lain dengan BPK, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Itjen.
- Melaporkan perkembangan penyelesaian tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan BPK ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Itjen secara berkala setiap bulan.

d. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Capaian kinerja persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti tidak hanya dipengaruhi oleh kecepatan RS untuk menyelesaikan tindak lanjut, tetapi juga dipengaruhi oleh pemutakhiran data tindak lanjut yang dilaksanakan oleh BPK bersama dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan serta Inspektorat Jenderal. Kondisi tersebut membutuhkan koordinasi yang baik dengan pihak-pihak terkait dalam melaporkan perkembangan penyelesaian tindak lanjut.

Keterbatasan anggaran perjalanan dinas berdampak pada pelaksanaan koordinasi sehingga diperlukan strategi untuk efektifitas pelaksanaan koordinasi. Untuk efisiensi penggunaan sumber daya, koordinasi yang telah dilakukan tidak selalu dalam bentuk kegiatan yang sifatnya luring, dan untuk mempercepat proses pemutakhiran data tindak lanjut maka dilakukan koordinasi dalam bentuk pelaporan tindak lanjut secara berkala setiap bulan melalui SRIKANDI dan kemudian dilakukan *follow up* secara berkala dengan media email, *zoom* dan metode lainnya. Upaya yang dilakukan dapat mengurangi beban perjalanan dinas karena koordinasi tidak dilakukan secara tatap muka.

5.4 Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik

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

Kriteria :

- Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100
- Rasio kas diluar rentang standar (180-360%) diberikan skor 50
- Rasio POBO diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100
- Rasio POBO dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50

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

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

Formula penghitungan : nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio POBO dibagi dua.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan	Persentase	2020	-	-	-

Tata Kelola RS	capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik Tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.
- Terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase capaian tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024. Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2024.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan atas indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisa Pencapaian Kinerja

Persentase capaian tata kelola RS vertikal yang baik dengan capaian 100% diukur dengan tercapainya rasio POBO dan Rasio Kas sesuai dengan standar yang diharapkan yaitu untuk rasio POBO > 65% dan rasio kas didalam rentang standar (180-360%). Rasio POBO RSUP Dr Kariadi pada tahun 2024 sebesar 99,81% sementara untuk rasio kas sebesar 358%, sehingga realisasi Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik tercapai 100%.

Kondisi tersebut terwujud disebabkan antara lain sebagai berikut:

- Adanya peningkatan produktivitas layanan non JKN
- Dilaksanakannya efisiensi beban pegawai melalui berbagai kebijakan terkait dengan pelaksanaan remunerasi
- Kebijakan pengendalian *Length of Stay*
- Manajemen kas yang baik untuk tetap menjaga rasio kas pada posisi yang optimal

b. Kendala

Meskipun telah mencapai target pada akhir periode pelaporan, namun dalam pelaksanaan kegiatan masih ditemukan kendala antara lain:

- Terdapat penurunan pendapatan rumah sakit dibanding tahun 2023 dikarenakan

terdapat penurunan volume layanan pada tahun 2024

- Tingginya beban operasional rumah sakit berpengaruh terhadap tingginya belanja dan aliran kas keluar. Hal tersebut berdampak pada tidak signifikannya kenaikan kas dari tahun 2023, yaitu hanya sebesar Rp990.838.515

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Efisiensi beban pegawai dan beban persediaan yang masih melebihi standar
- Meningkatkan pendapatan operasional rumah sakit untuk memperbaiki rasio POBO dan meningkatkan saldo Kas rumah sakit

5.5 Kesesuaian Perencanaan Anggaran dengan Realisasi Pengadaan

Perencanaan anggaran sangat penting karena juga dapat dipergunakan sebagai dasar sistem pengawasan/ pengendalian keuangan untuk periode yang akan datang. Pengendalian terhadap kinerja dilakukan melalui perencanaan anggaran dan hasilnya dalam bentuk realisasi anggaran, dimana realisasi anggaran dipantau secara berkala dengan tujuan agar manajemen mendapatkan informasi dengan lengkap.

Definisi operasional indikator tersebut adalah persentase capaian realisasi output belanja Modal pengadaan barang/jasa pada anggaran BLU berdasarkan kontrak dalam jangka waktu tertentu yang ada di RKA-K/L dalam satu Tahun Anggaran.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	2020	-	-	-
		2021	90%	98,80%	109,78%
		2022	90%	90,36%	95,12%
		2023	95%	89%	93,68%
		2024	95%	95,39%	100,41%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan Tahun 2024 adalah 95,39% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100,41%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 95,39% meningkat jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 89%. Kondisi tersebut menunjukkan peningkatan tata kelola RS sehingga dapat mewujudkan output berupa belanja modal sesuai dengan perencanaanya.

- c. Capaian indikator kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan tahun 2021 sampai dengan tahun 2023 belum seluruhnya tercapai sesuai target, namun pada tahun 2024 terjadi peningkatan yang cukup signifikan sehingga dapat mencapai target yang telah ditetapkan.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 95%. Realisasi kinerja kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan Tahun 2024 sebesar 95,39%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Realisasi target dapat tercapai melebihi target karena meskipun ada beberapa tagihan pekerjaan 100% yang belum masuk sampai akhir tahun 2024, namun tagihan tersebut sudah dapat diakui sebagai realisasi tahun anggaran 2024. Selain kondisi tersebut untuk memastikan kesesuaian rencana anggaran dengan realisasi pengadaan dilakukan evaluasi anggaran secara berkala sehingga jika ditemukan permasalahan dapat segera dilakukan alternatif solusi untuk menangani permasalahan tersebut.

b. Kendala

Meskipun dapat melebihi target, namun dalam pelaksanaan ditemukan kendala yaitu terdapat banyak perubahan di dalam tahun berjalan yaitu ada beberapa pekerjaan yang tidak jadi di realisasikan antara lain jaringan tegangan menengah, Penggantian Konstruksi Plafond dan Lapis Lantai di Koridor Dalam R. Tunggu Poli Lt. Dasar Merpati, Renovasi Instalasi Bedah Sentral, Pavingisasi Pembuatan Shelter Parkir di Belakang Gedung Service.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target adalah dengan melakukan revisi anggaran untuk mengurangi jumlah pagu belanja pekerjaan yang tidak jadi direalisasikan dan menambah pagu belanja untuk pekerjaan yang mengalami perubahan kebutuhan pagu

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam realisasi penggunaan anggaran yang telah ditetapkan dilakukan upaya efisiensi anggaran. Sehingga efisiensi yang dilakukan sebesar 4,60%.

5.6 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

Definisi operasional indikator persentase realisasi anggaran bersumber BLU adalah realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU, dengan sumber data dari OMSPAN. Cara menghitung indikator tersebut : realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	95%	93,87%	98,81%
		2024	90%	91,09 %	101,21%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 adalah 91,09% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 90% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 101,21%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 91,09% lebih rendah jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 93,87%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat alokasi anggaran bersumber BLU yang belum optimal terserap.
- Adanya perubahan kebijakan dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja pada tahun 2023.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Realisasi anggaran tercapai 91.09% yaitu sebesar 1.441.473.276.923 dari pagu anggaran sebesar 1.582.455.506.000
- Realisasi anggaran yang bersumber dari BLU tahun 2024 dilaokasikan untuk belanja barang dan belanja modal.
- Dengan capaian indikator persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU

sebesar 91,09% sehingga perhitungan capaiannya 101,21%. Hal ini menunjukkan bahwa kesesuaian alokasi anggaran dengan realisasinya sudah baik, karena melebihi target yang telah ditentukan.

- Masih ada beberapa realisasi anggaran BLU yang belum sesuai target yaitu belanja pelatihan bidang kesehatan (74,49%) dan belanja perjalanan (79,64%)

b. Kendala

Kendala yang dialami adalah ada beberapa belanja yang melebihi pagu yang sudah disediakan dan tagihan dari penyedia tidak datang sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan

c. Alternati solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dan akan terus dioptimalkan adalah sebagai berikut:

- Melakukan revisi anggaran untuk memenuhi belanja yang sudah/akan melebihi pagu yang sudah disediakan.
- Berkoordinasi dengan tim kerja terkait untuk mengedukasi penyedia agar dapat mengirim tagihan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan

5.7 Persentase Nilai EBITDA Margin

EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan pendapatan rumah sakit. Dalam menghitung indikator tersebut sebagai berikut :

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

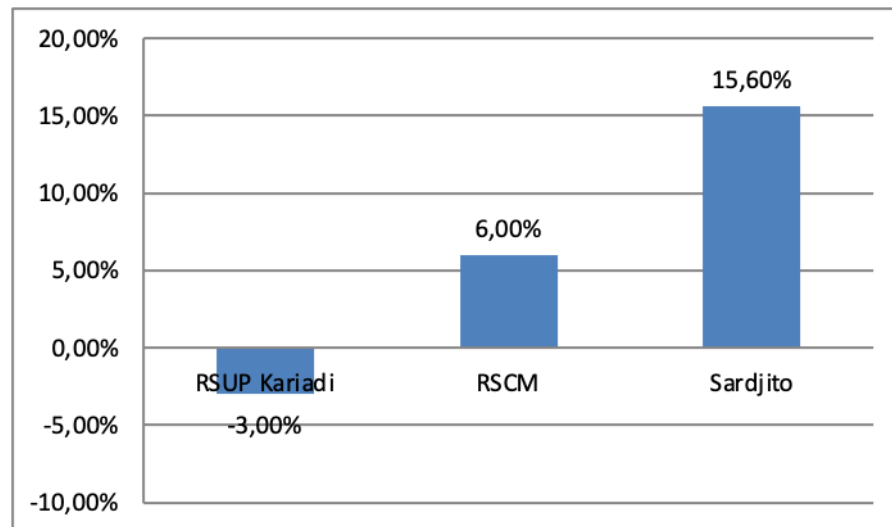
Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Nilai EBITDA Margin	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	>20%	7%	35%
		2024	>20%	-3%	0%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi nilai EBITDA margin Tahun 2024 adalah -3% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar >20% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 0%.

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 0% lebih rendah jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 7%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih tingginya beban operasional rumah sakit sehingga pendapatan operasional yang diterima oleh RS tidak mencukupi untuk menutup beban operasional. Hal tersebut mengakibatkan nilai EBITDA ada dalam posisi defisit (negatif).
- c. Adanya perubahan kebijakan dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu nilai EBITDA margin pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.
- d. Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin merupakan indikator yang wajib diukur oleh semua rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan sehingga rumah sakit kariadi dapat membandingkan dengan rumah sakit lain.



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator nilai EBITDA margin dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

EBITDA margin secara akumulasi tahun 2024 sebesar -3%. Nilai EBITDA margin masih belum sesuai target dikarenakan masih tingginya beban operasional rumah sakit.

b. Kendala

Belum terkendalinya beban pegawai dan beban farmasi. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional RS masih berada di atas standar yaitu 53% dan Rasio Beban Farmasi berada pada 34% atau masih di atas standar

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Meningkatkan pendapatan non JKN/ *Out Of Pocket* Customer, dan optimalisasi layanan unggulan
- Pengendalian beban pegawai dengan evaluasi pelaksanaan remunerasi
- Pengendalian beban farmasi dengan optimalisasi stok persediaan
- Evaluasi layanan JKN karena pembayaran dengan sistem paket INA CBG's tidak linear dengan biaya rumah sakit yang dikeluarkan
- Pelayanan pasien sesuai CP untuk mencegah *over treatment* atau *over utility*
- Optimalisasi stok persediaan dalam pelayanan pasien

Rencana tindak lanjut untuk meningkatkan pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Membentuk sub tim kerja pada Tim Kerja Marketing untuk lebih mengoptimalkan promosi
- Rencana pembangunan *wellness center* untuk peningkatan pendapatan
- Digitalisasi dalam proses perhitungan remunerasi, sehingga akan memudahkan dalam evaluasi pelaksanaan remunerasi
- Mengembangkan sistem untuk memudahkan dalam perhitungan kebutuhan persediaan, sehingga persediaan di gudang tidak berlebihan

5.8 Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

Definisi operasional indikator persentase realisasi anggaran bersumber RM adalah realisasi anggaran yang bersumber dari RM, dengan sumber data dari OMSPAN.

Cara menghitung indikator tersebut : realisasi anggaran yang bersumber dari RM dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah RM dikali 100 %.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	97%	98,04%	101,07%
		2024	96%	99,92%	104,08%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni Tahun 2024 adalah 99,92% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 96% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 104,08%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 99,92% meningkat jika dibandingkan dengan

realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 98,04%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa penyerapan anggaran bersumber RM telah optimal.

- c. Adanya perubahan kebijakan dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Realisasi anggaran bersumber RM dapat melampaui target dikarenakan sesuai prognosa kebutuhan rumah sakit pada saat pengajuan kekurangan gaji pada bulan Juli 2024.
- Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni tahun 2024 semua dialokasikan untuk belanja pegawai PNS dan PPPK meliputi belanja gaji, tunjangan dan uang makan pegawai.
- Dengan capaian indikator persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni sebesar 99,98% sehingga perhitungannya 104,15%, hal ini menunjukkan bahwa kesesuaian alokasi anggaran dengan realisasinya sudah baik.

b. Kendala

Terdapat potensi pagu minus di belanja pegawai pada saat pagu definitif karena penambahan jumlah PPPK sejumlah 615 pada tahun 2024, kecukupan anggaran hanya dapat terpenuhi sampai dengan bulan Juli 2024

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target adalah dengan mengajukan permohonan penambahan pagu belanja pegawai bersumber rupiah murni untuk mencukupi pagu belanja pegawai TA 2024. pembayaran uang makan bulan Desember dibayarkan hanya setengah bulan saja, agar pagu belanja pegawai tidak mengalami pagu minus.

5.9 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. Sumber data

berasal dari OMSPAN.

Formula penghitungan sebagai berikut :

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

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	>95%	108%	113,68%
		2024	>90%	106,89%	118,77%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024 adalah 106,89% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar >90% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 118,77%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 106,89% lebih rendah jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 108%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun pendapatan telah mencapai target, namun perlu dilakukan langkah strategis untuk lebih mengoptimalkan pendapatan sehingga terjadi peningkatan pendapatan setiap tahunnya.
- Adanya perubahan kebijakan dari pusat dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU dijelaskan sebagai berikut:

- Analisis Pencapaian Kinerja

Pencapaian target pendapatan bisa melebihi target dikarenakan :

- Pengembangan layanan privat baik rawat inap dan rawat jalan
- Optimalisasi *Length of Stay* (LOS) pasien sehingga diharapkan penggunaan bed

bisa lebih optimal.

- Meningkatkan kelengkapan rekam medis dan bukti dukung klaim ke BPJS agar kasus unklaim dan pending klaim menurun

b. Kendala

Kenaikan hanya sebesar 6.89% dikarenakan penutupan sementara Gedung Paviliun Garuda A yang sedang direnovasi.

c. Alternatif Solusi

- Meningkatkan pendapatan dari pelayanan pasien Non JKN di rumah sakit dengan memperbanyak kegiatan promosi
- Menciptakan sumber-sumber pendapatan non pelayanan lain antara lain penambahan volume diklat yang dipasarkan, mengembangkan penelitian yang menghasilkan pendapatan, pemanfaatan aset RS.

d. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Untuk meningkatkan pendapatan pelayanan khususnya pasien Non JKN diperlukan promosi yang terus menerus, namun karena keterbatasan anggaran, strategi promosi yang diterapkan diharapkan tidak semakin membebani operasional RS. Saat ini RSUP Dr Kariadi telah memanfaatkan promosi melalui media sosial seperti, Instagram, *website*, *whatshap* dan media digital lainnya. Langkah ini efisien namun cukup berdampak karena sebagian besar masyarakat telah menggunakan media social.

5.10 Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

Definisi operasional indikator tersebut adalah persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis < 24 jam. Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan Tata Kelola RS	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan Tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Pada tahun 2024 keluhan non medis yang masuk di Tim Kerja Hukum dan Humas sebanyak 227 keluhan yang terdiri dari saluran E-keluhan 119 keluhan, Media Sosial 23 keluhan, HP Pengaduan 14 keluhan, Google Ulasan 63 keluhan, tatap muka dengan petugas Humas 5 keluhan, SP4N Lapor! 2 keluhan, Sapa Ita 1 keluhan.

Sebanyak 227 keluhan non medis grading hijau, 0 keluhan non medis grading kuning, dan 0 keluhan non medis grading merah. Tiga keluhan non medis tertinggi di tahun 2024 adalah Pendaftaran Online, Sarana dan Prasarana, dan Keramahan Petugas.

- b. Adanya perubahan kebijakan dari pusat dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Ketercapaian target dipengaruhi beberapa faktor yaitu tersedianya petugas *customer service* 24 jam yang cepat merespon keluhan pelanggan.
- Koordinasi yang baik antara tim hukmas dan unit terkait untuk segera melakukan tindak lanjut keluhan pelanggan

b. Kendala

Masih ada unit pelayanan yang mengirim tindak lanjut keluhan tidak tepat waktu (lebih dari 7 hari).

c. Alternatif Solusi

Melakukan monitoring dan evaluasi serta mengingatkan unit pelayanan dan tim kerja yang terkait

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Keluhan sudah *paperless* menggunakan sistem teknologi informasi dengan menempatkan QR Code E-Keluhan di setiap unit pelayanan serta keluhan dapat disampaikan melalui media sosial, Google Ulasan, bahkan melalui SP4N Lapor!

6. SASARAN STRATEGIS PERBAIKAN PENGALAMAN PASIEN

6.1 Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah Dikalibrasi Sesuai Standar

Kegiatan kalibrasi sangat penting dilakukan untuk setiap alat kesehatan, terlebih

bagi alat kesehatan yang rutin digunakan disarana pelayanan kesehatan. Salah satu tujuan dilakukan kalibrasi adalah untuk menjaga dan meningkatkan mutu dan efektifitas pelayanan serta keselamatan terhadap pasien dan petugas medis.

Indikator ini merupakan indikator direktif / mandatory dari Kementerian Kesehatan. Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan. Dengan formula perhitungan sebagai berikut :

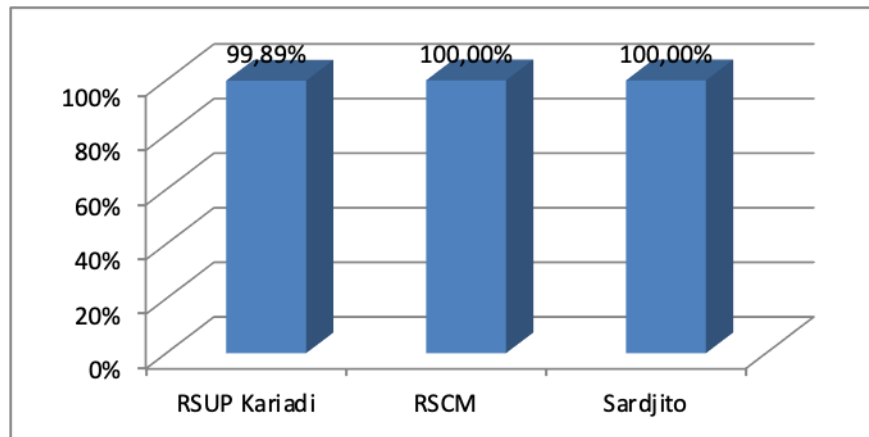
Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah Dikalibrasi Sesuai Standar	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	100%	100%	100%
		2024	90%	99,89%	110,99%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi persentase alat kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar Tahun 2024 adalah 99,89% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 90% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 110,99%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 99,89% lebih rendah jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa meskipun penurunan hanya 0,11% namun diperlukan rencana tindak lanjut untuk tetap menjaga kinerja kalibrasi alat kesehatan, sehingga menjamin mutu layanan ke pasien.
- Adanya perubahan kebijakan dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase alat kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.
- Capaian indikator persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar dapat dilihat dari grafik dibawah bahwa capaian RSUP Dr. Kariadi belum mencapai 100% jika dibandingkan dengan RSM dan Sardjito, akan tetapi sudah melebihi dari target yang telah ditetapkan.



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase alat kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator persentase alat kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar tercapai melebihi target dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

- Adanya jadwal kalibrasi dalam satu tahun berjalan
- Adanya koordinasi yang baik antara tim kalibrasi dengan pihak ruangan terkait progress kalibrasi alat

b. Kendala

Meskipun tercapai namun masih ada kendala yang ditemukan dalam proses kalibrasi yaitu

- Utilisasi alat sangat tinggi sehingga kesulitan saat mau dilakukan kalibrasi. Seperti inkubator di ruang NICU.
- Saat jadwal dilakukan kalibrasi ternyata tidak berada di ruangan atau dibon di ruang lain.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Menghitung kembali kebutuhan alat dan mengupayakan back up alat
- koordinasi dengan ruangan untuk segera menyusulkan kalibrasi alat jika alat sudah kembali.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Tim IPSRS sudah dapat melakukan kalibrasi. Ada sembilan alat yang sudah bisa dilakukan kalibrasi internal sehingga biaya kalibrasi bisa lebih kecil dari tarif kalibrasi eksternal.

6.2 Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal Sesuai Standar

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit.

Formula perhitungan indikator persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan RS UPT Vertikal sesuai standar yaitu :

Jumlah persentase sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (aplikasi ASPAK RS UPT Vertikal).

Kegiatan kalibrasi sangat penting dilakukan untuk setiap alat kesehatan, terlebih bagi alat kesehatan yang rutin digunakan disarana pelayanan kesehatan. Salah satu tujuan dilakukan kalibrasi adalah untuk menjaga dan meningkatkan mutu dan efektifitas pelayanan serta keselamatan terhadap pasien dan petugas medis.

Indikator ini merupakan indikator direktif/ mandatori dari Kementerian Kesehatan. Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan. Dengan formula perhitungan sebagai berikut :

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

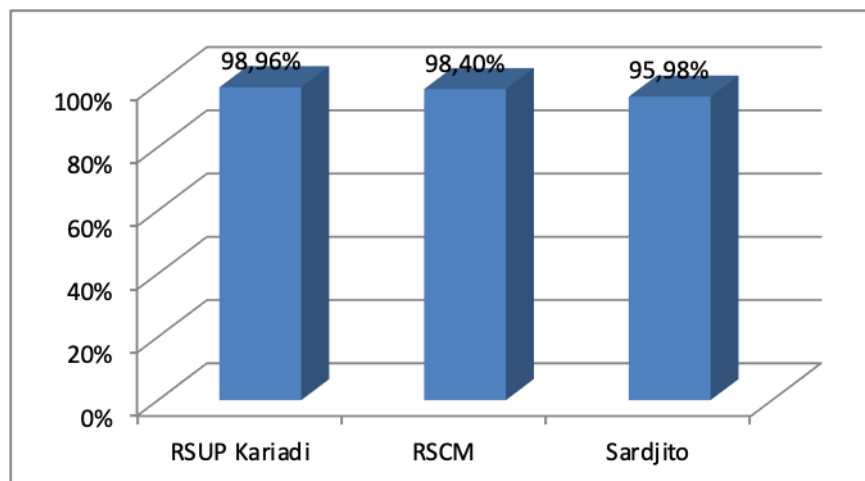
Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal Sesuai Standar	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	95%	97,36%	103,18%
		2024	90%	98,96%	109,96%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi persentase pemenuhan SPA pelayanan RS UPT vertikal sesuai standar Tahun 2024 adalah 98,96% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 90% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 109,96%.
- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 98,96% lebih tinggi jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 97,36%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pemenuhan sarana dan prasarana alat kesehatan di RS Dr Kariadi. Hal tersebut merupakan bagian dari komitmen RSUP Dr Kariadi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik kepada pasien.

- c. Adanya perubahan kebijakan dan penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase pemenuhan SPA pelayanan RS UPT vertikal sesuai standa pada tahun 2023 sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.
- d. Capaian persentase pemenuhan SPA pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar tahun 2024 ini tidak jauh berbeda jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan seperti RSUP Dr Sardjito 95,98% dan RSCM 98,40%



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase alat kesehatan rs upt vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Adanya penjadwalaan *maintanance* alkes setiap bulan sehingga ruangan bisa mempersiapkan alat yang akan dilakukan *maintanance*
- Adanya koordinasi yang baik antara tim *maintanance* dengan petugas ruangan
- Managemen jadwal *maintanance* sudah dibuat per ruangan sehingga dapat mengcover semua alat yang harus dilakukan kalibrasi.

b. Kendala

Saat jadwal *maintanance* alat tidak ditemukan di ruangan tersebut atau sedang digunakan dan tidak mempunyai *back up* alat.

c. Alternatif solusi

- Meningkatkan koordinasi antara tim *maintanance* dengan pihak ruangan apabila ada yang terlewat saat jadwal *maintanance* sehingga dapat segera dilakukan *maintanance*.
- Penghitungan kebutuhan alat beserta *back up* nya.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Tim` IPSRS sudah dapat melakukan *maintanance* secara mandiri pada semua alat, sehingga hal ini suatu bentuk efisiensi anggaran

6.3 IT Terintegrasi Seluruh Pelayanan

IT terintegrasi seluruh layanan adalah terwujudnya IT terintegrasi seluruh pelayanan baik pelayanan administrasi, penunjang maupun penunjang medis.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	IT terintegrasi seluruh pelayanan	2020	100%	100%	100%
		2021	100%	100%	100%
		2022	100%	100%	100%
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja IT terintegrasi seluruh pelayanan tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Pemanfaatan teknologi informasi menggunakan sistem yang baik merupakan solusi paling tepat dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi, pengawasan serta penyediaan informasi secara akurat, cepat dan tepat. Kebutuhan sistem informasi di Rumah Sakit telah ditetapkan sebagai kewajiban seperti yang tertuang dalam Undang- Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pada pasal 52 ayat 1.

Pada tahun 2024 untuk indikator IT terintegrasi seluruh pelayanan kegiatan yang dilakukan adalah pengembangan *system tracking* pelayanan pasien rawat jalan yaitu :

- Antrian pasien layanan poli, penunjang Lab, penunjang RAD, Farmasi, CDC
- Informasi dan notifikasi pasien di mobile app (Kariadi Mobile)
- Pemasangan display antrian di poli, LAB, RAD, Farmasi dan CDC
- Pemasangan mesin antrian di poli, LAB, RAD, Farmasi dan CDC
- Identifikasi keberadaan pasien di tiap pelayanan menggunakan barcode

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa penggunaan

IT untuk mendukung layanan sudah optimal.

- c. Capaian indikator IT terintegrasi seluruh pelayanan dari tahun ke tahun selalu tercapai 100%. Realisasi indikator IT terintegrasi seluruh pelayanan sudah tercapai sesuai target yang ditetapkan, pada tahun 2021 pengembangan IT yang terlaksana diantaranya pengembangan PAC'S, asset manajemen, serta pengembangan sistem *integrated patient service*. Sedangkan pada tahun 2022 dilakukan pengembangan rekam medis elektronik, Kariadi Mobile, pengembangan asset manajemen, digitalisasi klaim dan optimalisasi HMIS.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja IT terintegrasi seluruh pelayanan untuk Tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator IT terintegrasi seluruh pelayanan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Keberhasilan dari pencapaian IT yang terintegrasi pada seluruh pelayanan disebabkan adanya dukungan manajemen terkait pengadaan SDM dan sarana prasarana terkait upaya pengembangan IT terintegrasi.

b. Kendala

Beberapa aplikasi yang sudah dilaunching ada masukan dan perbaikan dari user, sedangkan user belum mempunyai *draft* konsep perbaikannya.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target adalah dengan melakukan koordinasi intens dengan user untuk penyempurnaan aplikasi.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Hasil dari pengembangan IT terintegrasi yang sudah dilakukan pada tahun 2024 telah melakukan efisiensi senilai Rp6.372.695.145,00

6.4 Persentase Layanan RME Terintegrasi pada seluruh Layanan

Rekam medis elektronik (RME) adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai informasi kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola, dan dikonsultasikan oleh tenaga kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan.

Definisi operasional indikator persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan adalah persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6

layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. Sedangkan untuk menghitung indikator tersebut yaitu jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Persentase Layanan RME Terintegrasi pada seluruh Layanan	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

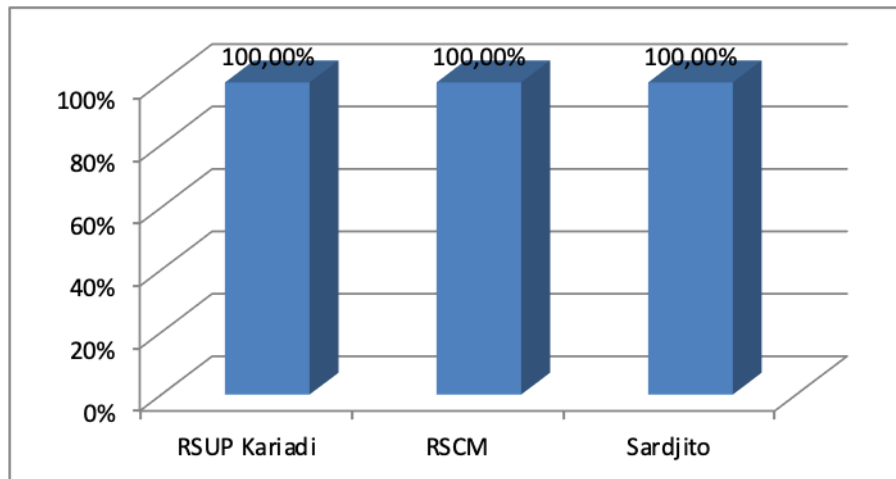
Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja IT terintegrasi seluruh pelayanan tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Capaian indikator implementasi RME terintegrasi seluruh layanan sudah tercapai 100% baik dilayanan rawat jalan, rawat inap, IGD, IBS dan layanan penunjang seperti farmasi, radiologi, laboratorium. Dengan adanya rekam medis elektronik dapat meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan, memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan rekam medis, menjamin keamanan, kerahasiaan, keutuhan dan mewujudkan penyelenggaraan serta pengelolaan rekam medis berbasis digital dan terintegrasi.

- Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa RME telah digunakan dan terintegrasi pada seluruh layanan.
- Pada tahun 2023 beberapa layanan yang sudah dilaksanakan adalah sistem integrasi RME dengan aplikasi klaim JKN, implementasi sistem inventori yang terintegrasi, implementasi program satu sehat dan sistem informasi surveilans berbasis digital. Adanya penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase layanan RME Terintegrasi pada seluruh layanan mulai tahun 2023 sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2023.

- d. Indikator presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan merupakan indikator yang wajib diukur oleh semua rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan sehingga rumah sakit kariadi dapat membandingkan dengan rumah sakit lain, dari ketiga rumah sakit vertikal didalam grafik semuanya mencapai target 100%



Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase layanan RME Terintegrasi pada seluruh layanan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Pada tahun 2024 beberapa layanan pengembangan yang dilakukan adalah Pengembangan Sistem E-Kemoterapi yang terintegrasi dengan RME dan Farmasi, Optimalisasi Form yang sudah ada (untuk Tindakan operasi diluar IBS), Penyempurnaan RME terkait Farmasi dan Order (CDC, ECHO), Digitalisasi Form RME, hal ini dapat tercapai salah satunya karena adanya dukungan manajemen dalam pemenuhan kebutuhan SDM atau sarpras.

b. Kendala

- Saat perancangan aplikasi tidak semua bagian hadir saat rapat, sehingga alur aplikasi yang akan *didevelopment* tidak kunjung mencapai kesepakatan
- Sering adanya permintaan update aplikasi sebelum aplikasi digunakan karena alur belum matang
- Adanya Pekerjaan tambahan diluar Program Kerja Tim Pengembang RME, seperti RME yang terintegrasi dengan E-Kinerja

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Penambahan SDM programmer RME
- Peningkatan *update* layanan secara berkelanjutan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dari pengembangan layanan pada tahun 2024, efisiensi yang sudah dilakukan senilai

Rp516,470,965,00

6.5 Kepuasan Pelanggan Eksternal

Dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan dan mutu pelayanan rumah sakit serta kepuasan pelanggan eksternal maka dilakukan penilaian dengan melakukan survei kepuasan pelanggan yang dilakukan rutin setiap tahun. Pedoman yang dipakai dalam melakukan survei tersebut berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Tujuan dilakukan survei ini adalah untuk mengetahui kepuasan masyarakat yang sudah mendapatkan pelayanan di rumah sakit, sehingga dapat menilai kinerja pelayanan. Dengan penilaian terhadap kualitas pelayanan tersebut dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbaikan-perbaikan dimasa mendatang.

Definisi operasional indikator kepuasan pelanggan eksternal adalah :

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.
4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien.
5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Kepuasan Pelanggan Eksternal	2020	>80	85	106,25%
		2021	>80	83	103,75%
		2022	>80	87,21	109,01%
		2023	>80	87,90	109,88%
		2024	>80	89,10	111,37%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi Kepuasan Pelanggan Eksternal tahun 2024 adalah 89,10 telah mencapai

target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 80 sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 111,37%.

Capaian indikator kepuasan pasien diharapkan tercapai melebihi target IKM ≥ 80 . Dalam penyampaian keluhan/komplain melalui website, WA, telepon, petugas rumah sakit, email, media sosial (twitter, IG, facebook, google review). Rumah sakit melakukan survey kepuasan pasien setiap bulan dengan menggunakan link survey yang disediakan di tempat strategis unit pelayanan rawat jalan, rawat inap, pelayanan penunjang dan fasilitas umum serta ditautkan di website.

Pada tahun 2024 survey kepuasan melibatkan 10.114 responden yang terbagi dalam setiap bulannya, dari hasil survey menunjukkan hasil kepuasan pasien yang diperoleh dari rata-rata setiap bulannya sebesar 89,10 melebihi target yang ditentukan > 80 , sehingga pencapaiannya 111,37 %.

Adapun penilaian sub unsur dalam survey dapat dilihat pada grafik dibawah ini :



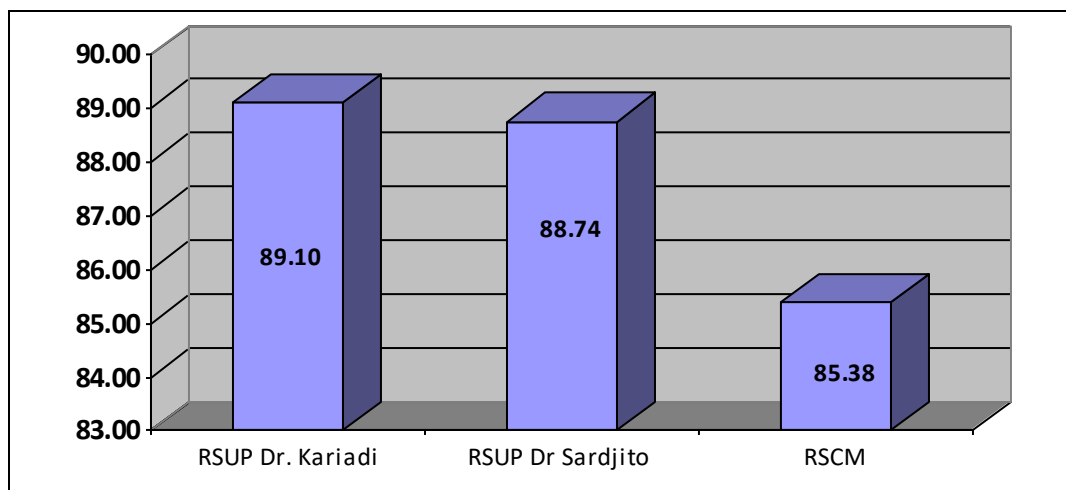
Grafik 1. Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) per sub

Realisasi indikator kepuasan pasien tahun 2024 setiap bulan sebagai berikut:

Indikator	Bulan												Rata-rata
	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nop	Des	
Kepuasan pelanggan eksternal	86,41	88,23	88,59	88,49	87,10	88,97	90,50	90,55	89,44	89,66	89,72	91,51	89,10

- b. Realisasi kinerja untuk kepuasan pelanggan eksternal tahun 2024 meningkat disbanding tahun 2023. Nilai kepuasan eksternal tahun 2023 87,90 dan meningkat menjadi 89,10. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa upaya yang telah dilakukan oleh RSUP Dr Kariadi dalam melakukan perbaikan layanan, peningkatan tata kelola, perbaikan sarana dan prasarana diapresiasi oleh pihak eksternal.

- c. Capaian kepuasan pelanggan eksternal dari tahun 2020 – 2023 mengalami *trend* yang positif, hal ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sudah lebih baik dan perlu ditingkatkan mutu pelayanan sehingga kepuasan masyarakat menjadi lebih baik.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar >80. Realisasi kinerja kepuasan pelanggan eksternal untuk Tahun 2024 sebesar 89,10, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.
- e. Capaian kepuasan pasien RSUP Dr. Kariadi tahun 2024 ini tidak jauh berbeda jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan seperti RSUP Dr Sardjito 88,74 dan RSCM 85,38



Grafik 2. Kepuasan pasien

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator kepuasan pelanggan eksternal dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- Nilai IKM tahun 2024 adalah 89,10 kinerja sangat baik. Jumlah responden yang mengisi sebanyak 10.114 responden yang rerata setiap bulannya 843 responden melebihi dari target 384 responden setiap bulan. Dari 9 unsur pertanyaan, 2 nilai yang terendah pada kecepatan waktu pelayanan dengan nilai 85,78 kinerja baik dan kemudahan prosedur dengan nilai 87,83 dengan kinerja baik.
- Ketercapaian ini dipengaruhi beberapa faktor diantaranya adanya komitmen yang tinggi seluruh civitas hospitalia dalam upaya perbaikan yang berkelanjutan

b. Kendala

Masih ada unit pelayanan yang belum mengirim tindak lanjut upaya perbaikan dari hasil Survei Kepuasan Masyarakat tidak tepat waktu.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target adalah dengan melakukan monitoring dan evaluasi serta mengirim *feed back* tindak lanjut upaya perbaikan ke unit pelayanan dan tim kerja yang terkait.

d. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Survei sudah *paperless* menggunakan sistem teknologi informasi dengan menempatkan QR Code SKM di setiap unit pelayanan

6.6 Terwujudnya Implementasi Efisiensi Energi minimal satu program/tahun

Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu program adalah kemampuan RS untuk mewujudkan program efisiensi energi

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Terwujudnya Implementasi Efisiensi Energi minimal satu program/tahun	2020	100%	100%	100%
		2021	100%	100%	100%
		2022	100%	100%	100%
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

a. Realisasi terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu program/tahun tahun 2024 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Rumah sakit sudah melaksanakan program efisiensi energi dengan menerapkan prinsip – prinsip hemat dan efisien dalam penggunaan energi. Pada tahun 2024 program efisiensi yang dilaksanakan adalah program pemantauan pemakaian solar pada mesin boiler.

b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa RS telah berhasil melakukan implementasi efisiensi energi secara konsisten.

c. Terwujudnya implementasi efisiensi energi, minimal satu (1) program/tahun, dalam kurun waktu lima tahun sudah tercapai 100% dari target 100%. Program efisiensi energi

tahun 2022 yang sudah dilakukan adalah pemanfaatan air buangan outdoor AC sebagai pemanas air mandi pasien di Instalasi Eksekutif dan Instalasi Pelayanan Ibu & Anak, penggantian lampu non LED menjadi lampu LED, pengaturan waktu hidup lampu diseluruh ruangan dengan penandaan pada saklar dan penggunaan sensor gerak pada lampu di beberapa ruangan serta implementasi PACS, implementasi LIS, dan implementasi tata naskah dinas elektronik (TNDE) untuk penghematan kertas. Selama tahun 2023 program efisiensi energi yang sudah dilakukan adalah pemanfaatan air hasil pengolahan IPAL untuk proses sedimentasi IPAL dan pemanfaatan air *Reject Reverse Osmosis* (RO).

- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu program/tahun Tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu program/tahun dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Program pemantauan pemakaian solar pada mesin boiler dapat terlaksana karena adanya koordinasi yang baik antara IPSRS, bagian umum serta bagian laundry dan CSSD

b. Kendala

Sampai saat ini belum ada hasil kajian tertulis terkait program efisiensi yang sudah dilakukan.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi dalam rangka peningkatan capaian kinerja adalah melakukan kajian lebih dalam terkait nilai efisiensi yang telah dilaksanakan.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dampak efisiensi yang sudah dapat diukur adalah, sebelum ada pemantauan pemakaian solar sebulan pemasokan solar sebanyak 4x dengan masing-masing pemasok sebanyak 8000 liter. Setelah adanya program pemantauan ini menjadi sebulan hanya 3x pasokan.

6.7 Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien

Indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien terdapat dua indikator yang diukur yaitu :

a. Persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar

Untuk fasilitas pendukung yang memenuhi standar terdapat 4 aspek yang dinilai yaitu :
Parkir, Ruang tunggu, Taman, Toilet
Menggunakan skoring KPI Inisiatif fasilitas pendukung.

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

- b. Persentase waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit

Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari *check in* di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit)

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

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Perbaikan Pengalaman Pasien	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	80%	88,63%	110,78%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi persentase capaian perbaikan pengalaman pasien tahun 2024 adalah 88,63% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 80% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100,78%.
- b. Adanya penambahan indikator mandatory dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase capaian perbaikan pengalaman pasien sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja dan tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun lalu serta beberapa tahun terakhir karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Ketercapaian target dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

- Adanya komitmen yang tinggi dari manajemen dan unit terkait dalam upaya perbaikan dalam rangka memenuhi standar
- Dilakukannya monitoring dan evaluasi secara berkala terkait kendala yang ditemukan dan segera dilakukan tindak lanjut

b. Kendala

- Pasien datang dipagi hari padahal jadwal dokter yang dituju pada siang hari
- DPJP masih ada tindakan lain sehingga waktu kedatangan belum tepat waktu

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Melakukan pengambilan data yang lebih presisi sesuai dengan jadwal dokter yang dituju oleh pasien
- Melakukan *reminder* ke DPJP sejak H-1 jadwal praktek dan mendekati jam praktek

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Semua pengambilan data dilakukan melalui sistem HMIS sehingga semua sudah *paperless*.

7. SASARAN STRATEGIS LAYANAN UNGGULAN

7.1 Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun

Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun adalah kemampuan RS untuk mewujudkan pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun. Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Layanan Unggulan	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun	2020	100%	100%	100%
		2021	100%	100%	100%
		2022	100%	100%	100%
		2023	100%	100%	100%
		2024	100%	100%	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun untuk tahun 2024 adalah 100% telah mencapai

target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Pada tahun 2024, pengembangan pelayanan unggulan yang telah dilaksanakan adalah pelayanan *Brain and Spine* serta pelayanan Bedah Estetik Kosmetik Komprehensif.

- b. Realisasi kinerja tahun 2024 sebesar 100% tetap jika dibandingkan dengan realisasi kinerja tahun 2023 sebesar 100%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa setiap tahun RSUP Dr Kariadi mampu mengembangkan layanan unggulan dengan jumlah inimal satu pengembangan sub pelayanan per tahun.
- c. RSUP Dr Kariadi mempunyai empat layanan unggulan yaitu jantung terpadu, kanker terpadu, transplant organ dan bedah minimal invasive. Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan/tahun pada tahun 2023 tercapai 100% dari target 100%. Pada tahun 2023 RSUP Dr Kariadi melakukan pengembangan sub pelayanan pada pelayanan transplant organ yaitu layanan Cangkok Sumsum Tulang (CST). Layanan Cangkok Sumsum Tulang dicanangkan sebagai layanan unggulan RSUP Dr Kariadi. Kegiatan layanan tersebut didukung dengan terbentuknya Tim Cangkok Sumsum Tulang yang terdiri dari hematologi onkologi medik, onkologi pediatric, kardiologi, pulmonology, patologi klinik, mikrobiologi klinik, tropik infeksi, gizi klinik, psikiater / psikolog, perawat onkologi dan farmasi onkologi.
- d. Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan Rencana Strategis 2020-2024 dengan target jangka menengah yang ditetapkan sebesar 100%. Realisasi kinerja j terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun untuk Tahun 2024 sebesar 100%, angka tersebut telah mencapai target jangka menengah.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan, minimal satu (1) pengembangan sub pelayanan / tahun dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Tercapainya indikator terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun dipengaruhi beberapa faktor diantaranya :

- Adanya komitmen yang tinggi dari manajemen dalam mendukung pengembangan layanan unggulan yang telah ditetapkan rumah sakit.
- Tersedianya SDM yang mumpuni baik dari segi kualitas dan kuantitas
- RSUP Dr Kariadi sebagai RSV Kemenkes yang berafiliasi sebagai rumah sakit pendidikan sehingga memudahkan akses update keilmuan.

b. Kendala

Dalam pelaksanaan pengembangan pelayanan ditemukan beberapa kendala, terkait layanan *brain and spine* antara lain:

- Belum adanya kunjungan pasien ke klinik Epilepsi terpadu karena layanan belum terpusat/terintegrasi
- Waktu tunggu layanan EEG longterm masih panjang
- Terbatasnya SDM yang memiliki kompetensi dalam membaca hasil EEG
- Belum tersedianya ruang untuk pelayanan terintegrasi

Sedangkan kendala dalam pengembangan layanan bedah estetik kosmetik komprehensif yaitu :

- Proses perencanaan yang memakan waktu lama
- Alokasi anggaran masih diprioritaskan untuk layanan yang lain

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut:

- Pemenuhan dan revisi sarana, prasarana dan layanan
- Optimalisasi penggunaan sumber daya yang sudah dimiliki oleh rumah sakit
- Rapat koordinasi terkait perbaikan pelayanan EEG
- Meningkatkan jumlah SDM terkait pelayanan unggulan
- Menargetkan layanan pada pasien dengan pembiayaan umum maupun asuransi komersial
- Melakukan koordinasi dengan Tim Kerja Pengembangan Strategi Layanan untuk mempromosikan layanan dan menjalin kerjasama dengan berbagai Institusi
- Melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk pemasaran layanan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Terkait efisiensi penggunaan sumber daya yang telah dilakukan adalah mengupayakan pemenuhan kompetensi SDM pelayanan unggulan melalui jalur beasiswa dari kemenkes.

7.2 RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional

Sesuai program transformasi kesehatan dimana RS Vertikal mempunyai tiga tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan rujukan dibawah Kementerian Kesehatan yaitu layanan terbaik level Asia, Pengampu Nasional dan Pengembangan Riset.

Definisi operasional indikator RS mempunyai Layanan Unggulan yang dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional adalah jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan Luar Negeri.

Untuk menghitung indikator tersebut yaitu jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Layanan Unggulan	Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan melalui Kerja Sama Internasional	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	1 layanan	1 layanan	100%
		2024	1 layanan	1 layanan	100%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional tahun 2024 tercapai sebanyak 1 layanan dan telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebanyak 1 layanan, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%.

Untuk mendukung program layanan terbaik level Asia maka RSUP Dr Kariadi menetapkan layanan unggulan bertaraf internasional yaitu Cangkok Sumsum Tulang dan sudah bekerja sama dengan Institut Catala D'Onkologia dalam aspek klinis dan *Banc de Sang i Teixits* (BST) Barcelona dalam aspek laboratorium penunjang layanan CST. Beberapa aspek yang berhasil diimplementasikan antara lain :

- Peningkatan Yield CD34
- Mempersingkat waktu neutrophil engraftment
- Melakukan prosedur Donor Lymphocyte Infusion (DLI) pertama di Indonesia
- Knowledge sharing dan implementasi SOP baru
- Adanya Publikasi tentang CST

Pelayanan lainnya yang melakukan kerja sama dengan internasional adalah pelayanan Cangkok Ginjal. Dimana telah ditetapkannya PKS dengan Austin Hospital.

- b. Adanya perubahan kebijakan secara nasional dan terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional sehingga RSUP Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja hanya bisa dibandingkan dengan tahun 2023, dimana pada tahun 2023 pelayanan unggulan hanya layanan CST.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Di Indonesia Pelayanan Cangkok Sungsum Tulang saat ini hanya ada di di RSUP Dr Kariadi Semarang. Hal ini merupakan prestasi yang patut diapresiasi. Hal yang mendukung ketercapaian ini diantaranya dukungan manajemen terkait komitmen untuk memenuhi kebutuhan pelayanan CST baik dari segi SDM atau sarana prasarana serta Tim CST yang solid dalam pelaksanaan kerjasama dan pelayanan pasien.

b. Kendala

Kendala yang masih dirasakan dalam pengembangan layanan yang bekerjasama dengan internasional diantaranya :

- Tidak tersedianya laporan kegiatan dari Tim CST secara berkala sehingga sulit untuk mengetahui hambatan dalam pelaksanaan kegiatan
- Jumlah pasien CST sedikit karena belum adanya penjaminan dari BPJS Kesehatan, belum banyak asuransi swasta yang mau menjamin tindakan serta mahalnnya tarif layanan. Akibatnya pasiennya minimal per tahun yang dipersyaratkan oleh akreditasi JACIE belum terpenuhi
- Belum adanya laporan kegiatan Kerjasama dengan Austin Hospital

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Monitoring dan evaluasi layanan CST dengan mengidentifikasi serta menyelesaikan kendala yang dihadapi dalam pelayanan sehingga diharapkan angka keberhasilan dan kesintasan CST di RS Kariadi dapat meningkat.
- Monitoring dan evaluasi implementasi PKS yang ditetapkan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam kerjasama ini dilakukan beberapa implementasi efisiensi penggunaan sumber daya yang diterapkan adalah adanya rapat, diskusi kasus serta transfer *knowledge* yang dilakukan secara online melalui aplikasi *zoom meeting*.

7.3 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN

Definisi operasional indikator persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN adalah persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal.

Formula penghitungan indikator persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN sebagai berikut : (Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun

lalu dikali 100.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Layanan Unggulan	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	10%	6%	60%
		2024	10%	2,76%	27,6%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN tahun 2024 sebesar 2,76% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 10%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 27,6%.
- Adanya perubahan kebijakan secara nasional dan terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir, namun jika dibandingkan tahun 2023, terjadi penurunan realisasi dan capaian kinerja. Pada tahun 2023 realisasi sebesar 6% dan capaian 60% jika dibandingkan target, maka pada tahun 2024 mengalami penurunan yaitu realisasi sebesar 2,76% dan capaian hanya 27,6%.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN dijelaskan sebagai berikut:

- Analisis Pencapaian Kinerja

Kunjungan ranap garuda mengalami penurunan di bulan Desember dikarenakan layanan instalasi garuda dikhususkan bagi pasien privat, sementara rawat inap terendah di kelas VIP. Benefit nasabah asuransi maupun tanggungan perusahaan komposisi terbesar ada di kelas 1 dan 2, sehingga tidak dapat ditempatkan di Instalasi Garuda untuk layanan rawat inapnya.

- Kendala

Saat ini Rumah Sakit telah bekerjasama dengan 51 asuransi komersial, namun angka kunjungan pasien asuransi masih relatif kecil. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal

berikut :

- Branding RSUP Dr Kariadi sebagai rumah sakit pemerintah yang identik dengan pelayanan yang kurang cepat dan kurang memuaskan jika dibandingkan RS Swasta.
- Belum optimalnya kegiatan pemasaran yang masif terkait produk layanan di perusahaan swasta yang bekerja sama dengan asuransi

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Melakukan perbaikan pelayanan dari mulai penyediaan fasilitas umum, perbaikan waktu pelayanan serta kualitas SDM
- Renovasi gedung Paviljoen Garuda sebagai bentuk upaya rebranding dan meningkatkan pelayanan pasien privat
- Mengawal usulan privilege bagi pasien dengan debitur asuransi maupun tanggungan perusahaan
- Membuat paket paket layanan yang menarik dan harga kompetitif
- Pendekatan dengan agen agen asuransi personal dengan benefit nasabah di ruang VIP
- Adanya program MCU *mobile* dengan sasaran karyawan perusahaan yang bekerja sama dengan asuransi komersial.
- Memotivasi semua pegawai sebagai marketer layanan Rumah Sakit
- Mengagendakan temu pelanggan secara berkala baik dari masyarakat umum atau pegawai perusahaan

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pemasaran merupakan aspek yang penting dalam menawarkan produk layanan. Biaya yang dibutuhkan juga relatif cukup besar. Upaya pemasaran yang dilakukan selain menggunakan billboard, Rumah sakit juga memanfaatkan media sosial seperti instagram, whatsapp dan youtube sebagai media promosi. Sehingga dapat menekan biaya promosi layanan.

8. SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA PROGRAM PENGAMPUAN RS

8.1 Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama

Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata utama adalah Rumah Sakit yang mencapai target Strata Utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian ditetapkan dala Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayannya Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Dalam menghitung indikator tersebut yaitu jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama

setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya program pengampunan RS	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Utama	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	1 RS	2 RS	200%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi RS yang dibina dan mencapai strata utama tahun 2024 sebanyak 2 RS, telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebanyak 2 RS%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 200%.
Pada tahun 2024 rumah sakit madya yang berhasil mencapai strata utama adalah RSUD Prof. Margono untuk layanan kanker dan uronefro serta RSUD KRMT Wongsonegoro untuk layanan uronefro.
- Adanya perubahan kebijakan secara nasional dan terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama, sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir, karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahu 2024.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama dijelaskan sebagai berikut:

- Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang mempengaruhi pencapaian target Rumah Sakit yang dibina diantaranya adalah :

- RSUP Dr Kariadi mempunyai Tim Pengampunan layanan prioritas yang memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas sehingga mampu melakukan pengampunan ke beberapa Rumah Sakit lokus
- Dukungan manajemen terkait biaya dan perijinan untuk melakukan pengampunan

- Kendala

Meskipun target yang sudah tercapai namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan

beberapa kendala :

- Sumber dana pengampuan yang belum diatur jelas sehingga baik RS pengampu atau yang diampu harus mengalokasikan dana untuk pengampuan.
- Pengurusan PKS antara RS pengampu dan yang diampu membutuhkan waktu yang cukup lama
- Proses pemenuhan standar baik dari segi sarana prasarana dan kualifikasi SDM masih menjadi kendala

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- Meningkatkan koordinasi dengan Tim Pengampu Nasional tiap layanan agar mengupayakan dana pengampuan dapat dibiayai dari dana kemenkes
- Meningkatkan koordinasi dengan bagian hukormas terkait percepatan pengurusan PKS

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Proses pengampuan tidak hanya dilakukan secara luring namun juga dilakukan dilakukan secara daring. sehingga anggaran pengampuan bisa lebih kecil.

8.2 Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya

Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata madya adalah Rumah Sakit yang mencapai target Strata Utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Daftar RS yang menjadi target capaian ditetapkan dala Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanna Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak. Dalam menghitung indikator tersebut yaitu jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2020 - 2024 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya program pengampuan RS	Jumlah RS yang Dibina dan Mencapai Strata Madya	2020	-	-	-
		2021	-	-	-
		2022	-	-	-
		2023	-	-	-
		2024	4 RS	11 RS	275%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi RS yang dibina dan mencapai strata madya tahun 2024 sebanyak 11 RS, telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebanyak

4 RS%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 275%

Pada tahun 2024 Rumah sakit yang berhasil mencapai strata madya adalah :

- RSUD KRMT Wongsonegoro untuk layanan kanker dan jantung
- RSUD Goeteng Taroenadibrata untuk layanan kanker dan uronefro
- RSUD Loekmono Hadi utk layanan kanker, jantung & uronefro
- RSUD RA Kartini Jepara untuk layanan kanker
- RSUD Prof. Margono untuk layanan jantung dan stroke
- RSUD dr. Soeselo Slawi untuk layanan jantung dan uronefro
- RSUD Cilacap untuk layanan uronefro
- RSUD Brebes untuk layanan uronefro
- RSUD Dr. H. Soewondo untuk layanan uronefro
- RSUD Soedirman Kebumen untuk layanan uronefro
- RSUD Sunan Kalijaga untuk layanan uronefro

- b. Adanya perubahan kebijakan secara nasional dan terdapat penambahan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yaitu jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya, sehingga RSUP Dr Kariadi melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB). Realisasi kinerja dan capaian kinerja tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja beberapa tahun terakhir, karena indikator tersebut baru ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024.

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang mempengaruhi pencapaian target Rumah Sakit yang dibina diantaranya adalah :

- RSUP Dr Kariadi mempunyai Tim Pengampuan layanan prioritas yang memadai baik dari segi kualitas maupun kuantitas sehingga mampu melakukan pengampuan ke beberapa Rumah Sakit lokus
- Dukungan manajemen terkait biaya dan perijinan untuk melakukan pengampuan

b. Kendala

Meskipun target yang sudah tercapai namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan beberapa kendala :

- Sumber dana pengampuan yang belum diatur jelas sehingga baik RS pengampu atau yang diampu harus mengalokasikan dana untuk pengampuan.
- Pengurusan PKS antara RS pengampu dan yang diampu membutuhkan waktu yang cukup lama

- Proses pemenuhan standar baik dari segi sarana prasarana dan kualifikasi SDM masih menjadi kendala

c. Alternatif Solusi

- Meningkatkan koordinasi dengan Tim Pengampu Nasional tiap layanan agar mengupayakan dana pengampunan dapat dibiayai dari dana kemenkes
- Meningkatkan koordinasi dengan bagian hukormas terkait percepatan pengurusan PKS

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

- Proses pengampunan tidak hanya dilakukan secara luring namun juga dilakukan dilakukan secara daring. Sehingga anggaran pengampunan bisa lebih kecil.

9. CAPAIAN KINERJA SECARA KESELURUHAN

Capaian Kinerja RSUP Dr Kariadi pada tahun 2024, secara keseluruhan tergambar pada tabel berikut :

Tabel 3.1 Rekapitulasi Capaian Kinerja Tahun 2024

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target	REALISASI	CAPAIAN
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan	1.1	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	95%	100%	105,26%
		1.2	Kepatuhan pada jam kerja	80%	94,06%	117,58%
		1.3	Pemenuhan kebutuhan SDM utk Pengembangan layanan unggulan	100%	100%	100,00%
		1.4	Kepuasan pelanggan internal	95%	95,45	100,47%
		1.5	Terpenuhinya standart pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun	90%	98,61%	109,57%
2	Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	2.1	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun	100%	100%	100,00%
		2.2	Tercapainya kepuasan peserta didik	70%	N/A	N/A
		2.3	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	100%	100%	100,00%
3	Pengembangan penelitian	3.1	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan	100%	100%	100,00%
		3.2	Persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	10%	24,6%	246%
4	Peningkatan mutu layanan klinis	4.1	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	100%	100%	100,00%
		4.2	Presentase Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal	<2.5%	6,28%	0%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target	REALISASI	CAPAIAN
		4.3	Jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	100%
		4.4	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	100%	96,98%	96,98%
		4.5	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	69,95%	116,58%
		4.6	Survey Budaya Keselamatan	>75	78,8	105,07%
		4.7	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	75%	93,75%
5	Peningkatan Tata kelola RS	5.1	Persentase unit kerja yang mencapai target IKU	95%	97,24%	102,35%
		5.2	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	86,54%	86,54%
		5.3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	98,30%	103,47%
		5.4	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik (POBO & cash ratio)	100%	100%	100%
		5.5	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	95%	95,39%	100,41%
		5.6	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	91,09%	101,21%
		5.7	Persentase nilai EBITDA Margin	>20%	-3%	0%
		5.8	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	99,92%	104,08%
		5.9	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	106,89%	118,77%
		5.10	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	100%	100%
6	Perbaikan pengalaman pasien	6.1	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	99,89%	110,99%
		6.2	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar	90%	98,96%	109,96%
		6.3	IT terintegrasi seluruh pelayanan	100%	100%	100,00%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target	REALISASI	CAPAIAN
		6.4	Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100,00%	100,00%
		6.5	Kepuasan pelanggan eksternal	>80	89,10	111,37%
		6.6	Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun	100%	100%	100%
		6.7	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	88,63%	110,78%
7	Layanan unggulan	7.1	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%	100%	100%
		7.2	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	1 layanan	100%
		7.3	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	2,76%	27,6%
8	Terwujudnya program pengampunan RS	8.1	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata utama	1 RS	2 RS	200%
		8.2	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata madya	4 RS	11 RS	275%

Berdasarkan tabel diatas, dari 39 indikator kinerja yang ditetapkan dalam Perjanian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr Kariadi dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2024, terdapat 33 indikator kinerja atau 84,61% yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan 5 indikator kinerja atau 12,82% yang belum mencapai target. Indikator kinerja yang belum mencapai target yaitu:

1. Presentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal
2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi
3. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
4. Persentase nilai *EBITDA Margin*
5. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.

Selain itu terdapat 1 indikator kinerja yang tidak dapat dilakukan pengukuran (realisasi N/A) yaitu indikator tercapainya kepuasan peserta didik. Survei terkait kepuasan peserta didik tidak dilakukan dikarenakan rumah sakit berfokus kepada tindak lanjut dan upaya perbaikan kejadian *bulying* yang terjadi dilingkungan Rumah Sakit.

10. SUMBER DAYA

a. Sumber Daya Manusia

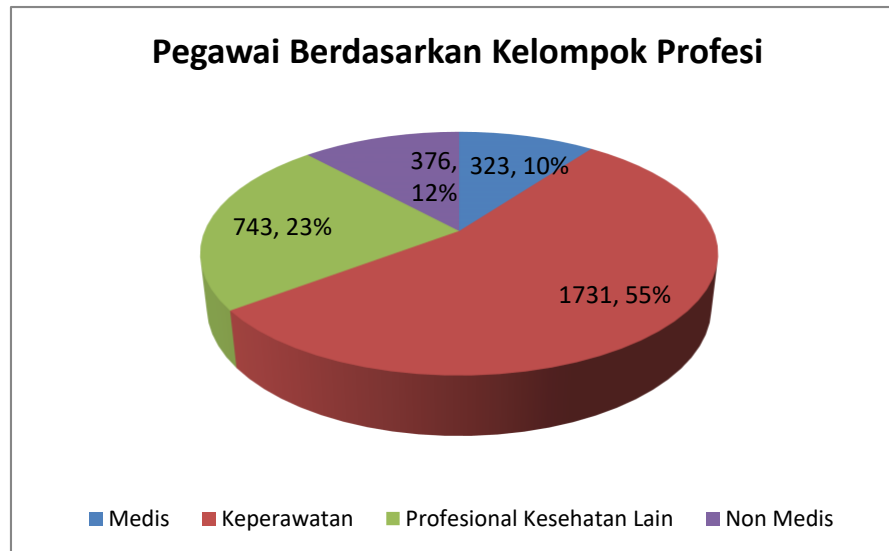
Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi Semarang terdiri dari PNS dan Non PNS dengan rincian seperti tabel dibawah ini.

Tabel 3.2 Gambaran Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi per 31 Desember 2024

NO.	JENIS KETENAGAAN	JENIS KETENAGAAN				JUMLAH	%
		PNS KEMENKES	NON PNS/KONTRAK				
			NON PNS	PPP K	KONTRA K		
1	Dokter Spesialis	172		17		189	3,89%
2	Dokter Spesialis DPJP Kemendiknas					115	2,37%
3	Dokter Gigi Spesialis	12				12	0,25%
4	Dokter Umum (Tubel)	5				5	0,10%
5	Dokter Gigi	2				2	0,04%
6	Perawat				86	86	1,77%
	DIII Keperawatan	199	146	492		837	17,23%
	DIV Keperawatan	4		10		14	0,29%
	S1 Keperawatan	427	99	249		775	15,95%
	S2 Keperawatan	18		1		19	0,39%
7	Bidan	29	4	44		77	1,59%
8	Staf Profesional Kesehatan Lain	346	73	209	38	666	13,71%
9	Staf Non medis	208	117	41	10	376	7,74%
10	Pegawai Outsourcing						
	- Housekeeping					400	8,23%
	- Tenaga Penunjang					908	18,69%
	- Petugas Taman					69	1,42%
	- Tenaga Parkir dan perkantoran					157	3,23%
	- Satpam					151	3,11%
JUMLAH		1422	439	1063	134	4858	100%

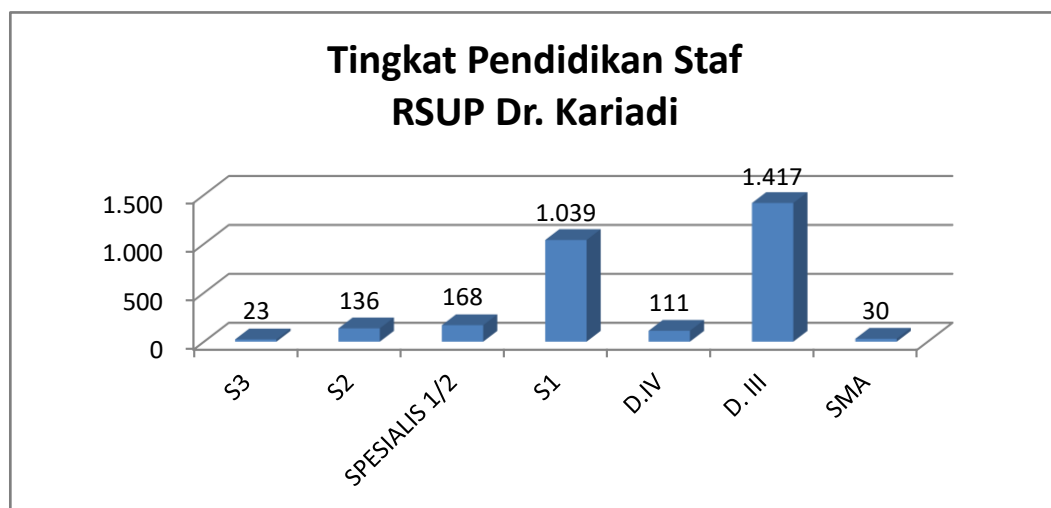
Sumber data : Timker OSDM

Dari tabel diatas selain tenaga PNS sejumlah 1.422 (29,27%) dan Non PNS, PPPK dan kontrak sejumlah 1.751 orang (36,04%) masih ada tenaga *Outsourcing* yang terdiri dari tenaga non teknis sejumlah 1.685 orang (34,69%). Untuk komposisi jumlah PNS hampir sama dengan jumlah Pegawai Non PNS dan PPPK, hal ini dikarenakan kebutuhan SDM yang dipenuhi melalui rekrutmen PNS belum terpenuhi sesuai dengan kebutuhan analisa beban kerja



Grafik 3. Pegawai berdasarkan kelompok profesi

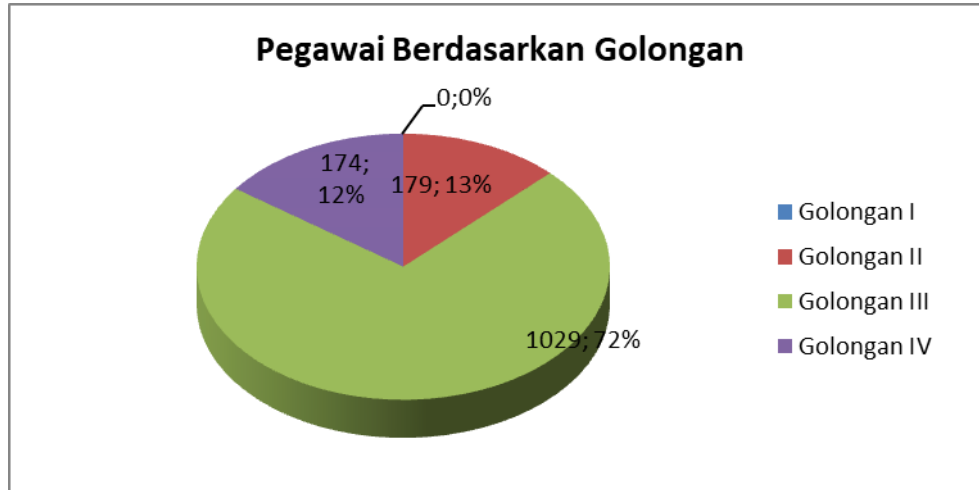
a. Jumlah SDM berdasarkan Tingkat Pendidikan



Grafik 4. Tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi paling banyak dengan pendidikan Diploma III (DIII) sebanyak 1.417 (48,46%) dan pendidikan Sarjana (S1) sejumlah 1.039 orang (35,53%). Untuk kualifikasi Pendidikan Diploma III ke atas, RSUP Dr. Kariadi memberikan kesempatan peningkatan kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan baik melalui tugas belajar maupun ijin belajar dan beberapa telah dilakukan penyesuaian ijasah.

b. Jumlah SDM berdasarkan Golongan



Grafik 5. SDM berdasarkan golongan

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa prosentase SDM berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 1.029 (72%).

b. Sarana & Prasarana

Sarana dan prasarana yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang sesuai laporan posisi barang milik negara per 31 Desember 2024 berupa

1)	BMN INTRAKOMTABLE	:	
	Posisi Awal (1 Jan 2024)	: Rp.	5.922.178.737.638,00
	Penambahan	: Rp.	196.010.621.588,00
	Pengurangan	: Rp.	111.742.726.407,00
	Posisi akhir (31 Desember 2024)	: Rp.	6.006.446.632.819,00
2)	BMN EKSTRAKOMTABLE		
	Posisi Awal (1 Jan 2024)	: Rp.	435.596.452,00
	Penambahan	: Rp.	0,00
	Pengurangan	: Rp.	0,00
	Posisi akhir (31 Des 2024)	: Rp.	435.596.452,00
3)	BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA		
	Posisi Awal (1 Jan 2024)	: Rp.	5.922.614.334.090,00
	Penambahan	: Rp.	196.010.621.588,00
	Pengurangan	: Rp.	111.742.726.407,00
	Posisi akhir (31 Des 2024)	: Rp.	6.006.882.229.271,00

4). BMN ASET TAK BERWUJUD

Posisi Awal (1 Jan 2024)	:	Rp.	5.124.329.491,00
Penambahan	:	Rp.	0,00
Pengurangan	:	Rp.	0,00
Posisi akhir (31 Des 2024)	:	Rp.	5.124.329.491,00

5). KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan

Posisi Awal (1 Jan 2024)	:	Rp.	4.754.616.600,00
Penambahan	:	Rp.	22.337.874.957,00
KDP yang menjadi aset definitif	:	Rp.	4.754.616.600,00
Posisi akhir (31 Des 2024)	:	Rp.	22.337.874.957,00

(sumber data: Simak BMN)

Berdasarkan hasil Laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca keseluruhan baik dalam bentuk Intrakomptable. Ekstrakomptable. dan Konstruksi Dalam Pekerjaan serta Barang Persediaan dan Aset Tetap dalam bentuk lainnya sampai dengan 31 Desember 2024 tercatat sebanyak Rp.6.033.908.837.267,00 dengan total nilai penyusutan sebesar Rp.1.294.486.210.321,00 sehingga Posisi Barang Milik Negara di Neraca tercatat Rp.4.739.422.626.946,00

B. REALISASI ANGGARAN

Laporan realisasi anggaran yang ada dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) tahun 2024 terdiri dari DIPA APBN (Rupiah Murni) dan Non APBN (BLU) yang menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya meliputi unsur-unsur pendapatan dan belanja tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.3 Alokasi dan Realisasi Anggaran RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024

NO	URAIAN	PAGU	REALISASI	(%)
1	RUPIAH MURNI	166.228.102.000	166.188.281.716	99,98%
a	Layanan Gaji dan Tunjangan	166.228.102.000	166.188.281.716	99,98%
2	PNBP/BLU	1.563.609.414.000	1.441.473.276.923	92,19%
a	Belanja barang	1.395.522.570.000	1.289.869.464.905	92,43%
b	Belanja Modal	168.086.844.000	151.603.812.018	90,19%
JUMLAH		1.729.837.516.000	1.607.661.558.639	92,94%

Sumber data: Timker PA

Dari tabel di atas tentang pertanggungjawaban alokasi anggaran dan realisasi dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Alokasi anggaran bersumber Rupiah Murni dari total sebesar Rp166.228.102.000,00 dapat direalisasikan sebesar Rp166.188.281.716 atau 99,98%.

Penjelasan realisasi per mata anggaran adalah :

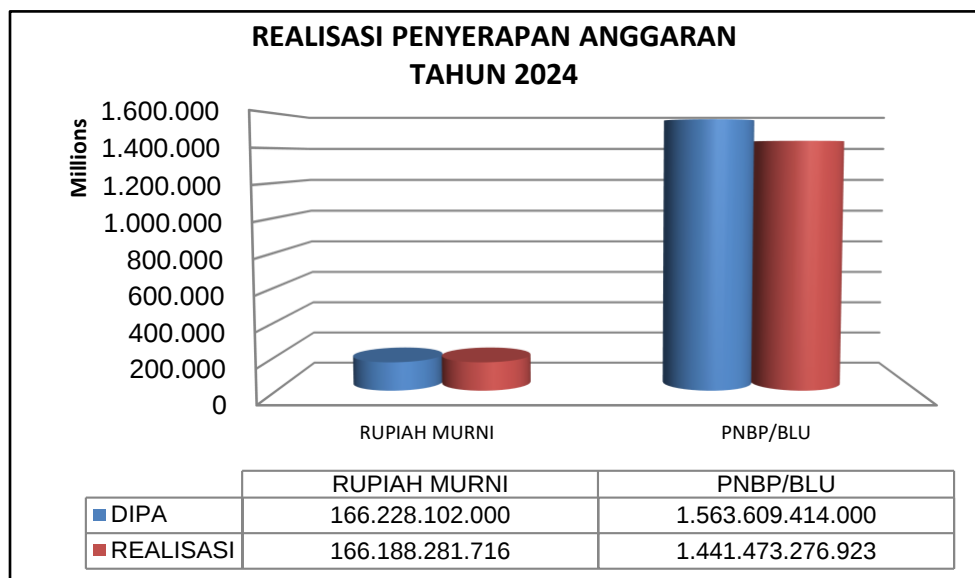
Layanan gaji dan tunjangan dari alokasi anggaran sebesar Rp166.228.102.000 telah direalisasikan sebesar Rp166.188.281.716 atau sebesar 99,98%

- b. Alokasi anggaran bersumber dari PNBPN BLU dari total sebesar Rp1.563.609.414.000 dapat direalisasikan sebesar Rp1.441.473.276.923 atau 92,19%.

Penjelasan realisasi per mata anggaran adalah :

- 1) Belanja barang BLU dari alokasi anggaran sebesar Rp1.395.522.570.000, telah direalisasikan sebesar Rp289.869.464.905 atau 92,43%.

- 2) Belanja modal dari alokasi anggaran sebesar Rp168.086.844.000 telah direalisasikan sebesar Rp151.603.812.018 atau 90,19%



Grafik 6. Realisasi anggaran

Realisasi Anggaran per sasaran strategis tercantum pada tabel berikut ini:

Tabel 3.4 Realisasi Anggaran Berdasarkan Sasaran Strategis

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan 1. Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai 2. Kepatuhan pada jam kerja 3. Pemenuhan kebutuhan SDM utk pengembangan layanan unggulan 4. Kepuasan pelanggan internal 5. Terpenuhinya standart pembelajaran minimal 20 JPL/ pegawai/ tahun	634.548.540.000	588.413.482.521
2	Peningkatan peran sebagai RS Pendidikan 1. Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun 2. Tercapainya kepuasan peserta didik 3. Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	627.500.000.000	582.529.236.499
3	Peningkatan peran sebagai RS Pendidikan 1. Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan 2. Persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	4.754.333.000	4.061.038.990
4	Peningkatan mutu layanan klinis 1. Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik 2. Presentase Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal 3. Jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan 4. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi 5. Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit 6. Survey Budaya Keselamatan 7. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	564.043.823.000	494.240.456.063

SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)
5	Peningkatan tata kelola RS 1. Persentase unit kerja yang mencapai target IKU 2. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target 3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 4. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik 5. Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan 6. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU 7. Persentase nilai EBITDA Margin 8. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni 9. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU 10. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan		
6	Perbaikan pengalaman pasien 1. Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar 2. Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar 3. IT terintegrasi seluruh pelayanan 4. Presentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi 5. Kepuasan pelanggan eksternal 6. Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun 7. Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	334.483.525.000	312.410.947.560
SASARAN STRATEGIS		JUMLAH BIAYA (Rp)	REALISASI (Rp)

7	Layanan Unggulan 1. Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun 2. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional 3. Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	40.721.785.000	39.749.548.316
8	Terwujudnya program pengampunan RS 1. Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata utama 2. Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata madya	1.903.500.000	1.515.928.078

C. PROGRAM EFISIENSI

1. Efisiensi Sumber Daya Manusia

RSUP Dr. Kariadi Semarang sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional memiliki sumber daya yang memadai sehingga mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspesialistik yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Dalam menghadapi tantangan masa depan dengan perubahan yang dinamis dan persaingan global, RSUP Dr. Kariadi Semarang harus mampu mengatasi permasalahan-permasalahan melalui optimalisasi sumber daya. Dalam melakukan optimalisasi sumber daya maka diperlukan suatu manajemen sumber daya manusia, yaitu bagaimana mengatur hubungan dan peran sumber daya (tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tujuan bersama rumah sakit, pegawai dan masyarakat menjadi maksimal.

Dalam melakukan efisiensi sumber daya manusia di RSUP Dr. Kariadi yaitu dengan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensi spesifikasi pada setiap unit kerja sehingga akan terwujud struktur yang miskin akan tetapi kaya akan fungsi yang dapat mengoptimalkan SDM yang ada. Mengingat masih terdapatnya SDM yang tidak sesuai dengan spesifikasi kompetensi yang dibutuhkan pada suatu unit, hal tersebut akan berdampak pada pelayanan yang diberikan menjadi tidak optimal. Untuk mengatasi hal tersebut maka perlu disusunnya perencanaan dengan spesifikasi kompetensi SDM yang sesuai dengan kebutuhan unit kerja. Perencanaan yang baik dalam menentukan jumlah SDM yang akan dilakukan rekrutmen berdasarkan posisi, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan. Selain itu perencanaan SDM yang ada di RSUP Dr. Kariadi berdasarkan kepada beban kerja yang ada pada setiap unit.

2. Efisiensi Sumber Daya Energi

Rumah Sakit melaksanakan manajemen energi dengan menerapkan program efisiensi/ penghematan energi (listrik, bahan bakar dll) dengan menerapkan perhitungan kinerja energi, menggunakan jenis energi yang ramah lingkungan serta memilih jenis peralatan yang hemat energi. Efisiensi energi adalah kemampuan menggunakan energi lebih kecil untuk menjalankan fungsi dan kinerja yang sama.

Dukungan dan komitmen manajemen di rumah sakit terkait efisiensi energi dituangkan dalam Surat Keputusan Direktur Utama No. HK.02.03/I.IV/1156/2019 tanggal 25 Oktober 2019 tentang Kebijakan Hemat Energi. RSUP Dr Kariadi dalam menerapkan efisiensi energi menggunakan beberapa prinsip yaitu :

- Mengurangi penggunaan materi dan biaya bahan
- Mengurangi konsumsi energi & biaya operasional
- Mengurangi pencemaran & penularan penyakit
- Menciptakan RS yang bersih, sehat, ramah lingkungan & nyaman
- Mengoptimalkan penggunaan sumberdaya terbaharukan & minimalisasi dampak
- Meningkatkan kemampuan daur ulang material & minimalkan biaya
- Meningkatkan pelayanan di RS

Program efisiensi energi dalam jangka menengah sebagai berikut :

- Penggantian jenis lampu hemat energy → lampu LED
- Pemasangan kontrol otomatis → sensor atau timer
- Pemasangan kapasitor bank → perbaikan faktor daya
- Pemanfaatan sisa air RO

Program efisiensi energi dalam jangka panjang sebagai berikut :

- Penggunaan sumber energi matahari (*solar cell*) terutama untuk penerangan
- Penggantian bahan bakar minyak (solar) dengan gas (CNG)
- Penggantian gas pendingin AC dan kulkas dari freon menjadi *Hydrocarbon*
- Pembuatan sistem *recycle* air limbah

Program efisiensi air di RSUP Dr. Kariadi sebagai berikut :

- Menggunakan kran sensor pada wastafel
- Memasang spanduk, stiker tentang efisiensi air
- Pengelolaan limbah RO untuk menyiram tanaman
- Pengelolaan limbah cair di Paviliun Garuda untuk *flusing*
- Pengolahan air minum untuk pegawai, pasien dan pengunjung
- Sosialisasi ke unit kerja tentang program efisiensi air
- Sosialisasi efisiensi melalui TV media
- Melakukan pemeliharaan instalasi daur ulang air dan sistem perpipaan secara rutin

Dalam menerapkan program efisiensi energi, RSUP Dr Kariadi mendapatkan penghargaan SUBROTO bidang efisiensi energi kategori bangunan gedung hemat energi (inovasi khusus).

Contoh penerapan efisiensi energi di RSUP Dr. Kariadi :

KODE EFISIENSI LAMPU

NO	KODE WARNA	WAKTU OPERASIONAL
1		08.00 - 17.00
2		08.00 - 21.00
3		17.00 - 22.00
4		17.00 - 23.30
5		17.30 - 05.30
6		ON 24 JAM
7		ON JIKA DIPERLUKAN



Kran sensor



Lampu sensor gerak



Penggunaan cahaya alami



Pemanfaatan Panas Kondensor AC untuk Air Panas Kamar Mandi di ruang Anak Cendrawasih

3. Pengembangan Inovasi berbasis efisiensi sumber daya

a. Inovasi : Kariadi Parenteral Nutrition (PN) Calculator

Pasien yang dirawat di ruang rawat intensif dengan berbagai penyebab seperti pembedahan mayor, infeksi berat, luka bakar, trauma, dan berbagai instabilitas organ, merupakan populasi yang rentan mengalami malnutrisi. Pasien malnutrisi mempunyai risiko lebih tinggi mengalami komplikasi infeksi maupun noninfeksi, mortalitas lebih tinggi, lama rawat lebih panjang dan tentu biaya lebih besar. Jalur enteral adalah pilihan pertama saat diputuskan mulai memberi nutrisi selama tidak ada kontraindikasi. Nutrisi parenteral/*parenteral nutrition* (PN) adalah alternatif bila tidak memungkinkan pemberian nutrisi lewat jalur enteral. Pemberian PN pada anak seringkali tidak mudah karena perlu penghitungan yang detail, kompleks dan bersifat individual. Untuk menghitung kebutuhan PN pada 1 pasien diperlukan waktu lebih dari 60 menit dengan risiko salah hitung cukup besar. Komposisi PN sangat mungkin berubah setiap hari sehingga harus dihitung ulang untuk memenuhi target yang diharapkan. Hal ini cukup menyulitkan para dokter dan berisiko menghambat terpenuhinya kebutuhan nutrisi pasien dengan cepat. Aplikasi Kariadi PN calculator dirancang untuk mengatasi berbagai permasalahan tersebut. Dengan berdasar aplikasi android yang mudah dioperasikan, diharapkan aplikasi ini dapat membantu dokter, ahli gizi dan farmasi untuk membuat sebuah program PN secara cepat dan aman.

Dengan adanya aplikasi Kariadi PN calculator dapat efisien dari segi waktu yang semula menghitung kebutuhan nutrisi parenteral > 60 menit menjadi 2-5 menit tanpa ada kesalahan perhitungan. Hal penting lain yang dapat dipenuhi dengan adanya aplikasi ini adalah aspek *patient safety*. Kesalahan perhitungan bila program PN dikerjakan secara konvensional dapat dihindari dengan menggunakan aplikasi ini sehingga risiko cedera pada pasien dapat dicegah. Disamping efisiensi waktu dari segi sumber daya keuangan tidak ada biaya yang digunakan untuk mengunduh / menggunakan aplikasi (gratis).

b. Inovasi : Optimasi Mutu Pelayanan Kedokteran Nuklir Diagnostik : Handling Radiofarmaka Tc-99m

Pelayanan kedokteran nuklir RSUP Dr. Kariadi Semarang dilakukan secara masif sejak tahun 2014. Pelayanan yang diberikan berupa diagnostik SPECT-CT (Single Photon Emission Computed Tomography) menggunakan radiofarmaka berbasis Technetium-99m (Tc-99m), terapi kanker tiroid menggunakan radionuklida Iodium-131, dan terapi penanganan nyeri (bone pain palliative) menggunakan Samarium-153. Diagnostik dan terapi kedokteran nuklir bersifat molekuler dan tertarget, sehingga hasilnya sangat selektif dan tingkat keberhasilannya tinggi. Meskipun demikian, tidak banyak rumah sakit yang menyediakan pelayanan kedokteran nuklir karena nilai investasi dan biaya operasional yang besar. Salah satu beban biaya operasional ialah radiofarmaka berbasis Tc-99m. Technetium-99m diperoleh dari proses produksi (elusi) generator Molybdenum-99 (Mo-99), kemudian dilakukan handling radiofarmaka, yaitu mereaksikan Tc-99m dengan kit radiofarmaka tertentu (radio labelling) sesuai dengan jenis organ diagnostik. Waktu paruh ($t_{1/2}$) Tc-99m 6 jam, sedangkan waktu penggunaan radiofarmaka Tc-99m maksimal 8 jam ($BUD < 8$ jam).

Kendala yang dialami di RSUP Dr. Kariadi selama ini adalah jumlah radiofarmaka yang dihasilkan per hari sangat terbatas, sedangkan jumlah pasien yang terjadwal cukup banyak dan terus bertambah. Hal ini menimbulkan antrian pasien diagnostik kedokteran nuklir yang panjang, mencapai 6-7 bulan pada tindakan tertentu. Antrian pasien yang panjang dan waktu tunggu tindakan yang lama akan berdampak langsung pada kinerja pelayanan kedokteran nuklir yang tidak efisien. Waktu inap pasien (LOS) akan semakin lama, jadwal pasien operasi bedah tertunda, dan pada akhirnya akan mengurangi kualitas dan angka harapan hidup pasien.

Inovasi yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut di atas adalah dengan optimalisasi metode handling radiofarmaka Tc-99m secara intensif dan efisien. Teknik elusi generator Mo-99 dan konsentrasi radioaktivitas Tc-99m (mCi/mL) hasil elusi generator Mo-99 didesain sedemikian rupa sehingga mampu untuk direaksikan dengan kit radiofarmaka dengan jumlah yang optimal. Setelah dilakukan inovasi tersebut, radiofarmaka Tc-99m meningkat 69,28%, jumlah pasien diagnostik yang dilayani per hari meningkat 50 – 60%, waktu antrian menjadi 2-3 bulan, dan efisiensi biaya operasional sebesar Rp 75.113.256/bulan.

Terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah dilaksanakannya inovasi, meliputi:

No	Uraian	Sebelum Inovasi	Setelah Inovasi
1	Durasi handling radiofarmaka	150 menit	75 menit
2	Teknik elusi generator Mo-Tc	Tidak bisa dilakukan pengaturan level volume	Pengaturan level volume bisa dilakukan secara fleksibel
3	QC Radiofarmaka	Tidak dilakukan	Dilakukan secara kualitatif
4	Standar Prosedur Operasional	Belum ada	Ada, telah dibuat 5 SPO baru
5	Konsentrasi Tc-99m hasil elusi	Kecil, menurun drastis pada elusi hari ke-2	Besar, stabil sampai elusi hari ke-6
6	Hasil produksi radiofarmaka Tc-99m	763,5 mCi/minggu	1.292,42 mCi/minggu
7	Kuota jumlah pasien diagnostik Tc-99m	26 pasien/minggu	84 pasien/minggu
8	Template penjadwalan tindakan harian	Tidak ada	Ada
9	Lama waktu tunggu antrian tindakan pasien	6-7 bulan	2-3 bulan
10	Efisiensi biaya operasional pelayanan	Tidak ada	Rp 75.113.256/bulan

D. PENGHARGAAN RSUP DR. KARIADI TAHUN 2024

Beberapa penghargaan yang diperoleh RSUP Dr. Kariadi selama tahun 2024 sebagai berikut:

- Penghargaan peringkat 2 sebagai rumah sakit vertikal RS umum dengan tingkat maturitas BLU terbaik dengan penilaian tahun 2023
- Penghargaan peringkat 2 sebagai rumah sakit vertikal dengan fasilitas pendukung terbaik
- Penghargaan peringkat 3 sebagai rumah sakit vertikal dengan layanan eksekutif terbaik
- Penghargaan sebagai rumah sakit penyelenggara fellowship dokter spesialis dengan kuota terbanyak
- Penghargaan sebagai rumah sakit vertikal penerima program magang alumni poltekes Kemenkes Semarang terbanyak
- Sertifikat RS Vertikal kategori RS Umum dengan layanan Eksekutif terbaik
- Penghargaan juara 2 Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS dari PITSELNAS 2024
- Penghargaan Persi Award 2024 pemenang 4 kategori Innovation In Healthcare It
- Penghargaan sebagai satuan kerja dengan kategori tingkat partisipasi *knowledge sharing* terbanyak

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Kariadi tahun 2024 merupakan pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan RSB tahun 2020-2024. Di dalamnya diuraikan tentang capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) sebagaimana telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi tahun 2024.

Berdasarkan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr Kariadi dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, terdapat 8 sasaran strategis yang diturunkan dalam 39 indikator kinerja, dan target yang harus diwujudkan. Hasil pengukuran dan evaluasi terhadap kinerja tahun 2024 diketahui terdapat 33 indikator kinerja atau 84,62% yang realisasinya telah mencapai/melebihi dari target, sedangkan 6 indikator kinerja atau 15,38 % yang belum mencapai target. Indikator kinerja yang belum mencapai target yaitu:

1. Presentase *Nett Death Rate* (NDR) di RS Vertikal

Persentase *Nett Death Rate* (NDR) dari target <2,5% hanya tercapai 6.28%. Indikator tersebut belum mencapai target, upaya perbaikan akan dilakukan untuk alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: membuat kajian terhadap penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian dan menindaklanjuti sesuai hasil kajian, meningkatkan sarana dan prasarana Rumah Sakit, meningkatkan skrining dan komunikasi dengan Rumah Sakit perujuk melalui SISRUTE, melakukan pengembangan layanan paliatif dengan menerapkan *screening* pasien sejak pasien masuk rawat inap sesuai dengan panduan pelayanan paliatif, serta mengoptimalkan layanan *home care* bagi pasien paliatif untuk perawatan di rumah

2. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi dari target 100% tercapai 96,98%. Indikator tersebut belum mencapai target, upaya perbaikan akan dilakukan untuk alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: optimalisasi koordinasi dengan RS lain melalui jaringan komunikasi grup telegram Jawa Tengah apabila ada kendala dalam implementasi SISRUTE, optimalisasi penggunaan telpon jika jaringan internet atau sistem *error* dalam proses rujukan melalui SISRUTE, koordinasi dengan SIRS dalam menjaga performa jaringan internet untuk mempermudah proses rujukan

3. Presentase capaian mutu layanan klinis

Presentase capaian mutu layanan klinis dari target 80% hanya tercapai 75%. Sedangkan layanan klinis yang tidak tercapai adalah lama rawat < 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1. upaya akan dilakukan untuk berbagai alternatif solusi dalam rangka

pencapaian target antara lain menambah kapasitas tempat tidur perawatan pasien jantung di ruang Kutilang Lt 1

4. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target dari target 100% tercapai 86,54%. Indikator tersebut belum mencapai target, upaya akan dilakukan untuk berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: *roadshow*/sosialisasi regulasi terkait ketepatan visite ke KSM, koordinasi dengan SIMRS untuk optimalisasi penanganan *downtime* RME

5. Persentase nilai EBITDA *Margin*

Persentase nilai EBITDA *Margin* dari target > 20% tercapai -3% Indikator tersebut belum mencapai target, upaya akan dilakukan untuk berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: meningkatkan pendapatan non JKN/ *Out Of Pocket* Customer, pengendalian beban pegawai dengan evaluasi pelaksanaan remunerasi, pengendalian beban farmasi dengan optimalisasi stok persediaan, evaluasi layanan JKN, pelayanan pasien sesuai CP untuk mencegah *over treatment* atau *over utility*, optimalisasi stok persediaan dalam pelayanan pasien

6. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN.

Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN dari target 10% tercapai 2,76%. Indikator tersebut belum mencapai target, upaya akan dilakukan untuk berbagai alternatif solusi dalam rangka pencapaian target antara lain: melakukan penyediaan fasilitas umum, perbaikan waktu pelayanan serta kualitas SDM, renovasi gedung Paviljoen Garuda sebagai bentuk upaya rebranding, membuat paket paket layanan yang menarik dan harga kompetitif, pendekatan dengan agen-agen asuransi, program MCU *mobile* dengan sasaran karyawan perusahaan yang bekerja sama dengan asuransi komersial

Selain itu terdapat 1 indikator kinerja yang tidak dapat dilakukan pengukuran yaitu indikator tercapainya kepuasan peserta didik. Survei terkait kepuasan peserta didik tidak dilakukan dikarenakan rumah sakit berfokus kepada tindak lanjut dan upaya perbaikan kejadian *bullying* yang terjadi dilingkungan Rumah Sakit. Beberapa upaya perbaikan yang telah dilakukan diantaranya, perbaikan sarana dan prasarana, sistem jaga kerja peserta didik, serta optimalisasi penyaluran kritik saran penyelenggaraan pendidikan

Secara umum pencapaian sasaran strategis RSUP Dr Kariadi tahun 2024 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2023, namun untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang, diperlukan perbaikan terus menerus dan berkesinambungan antara lain sebagai berikut:

1. Perbaikan tata kelola RS dimulai dari proses perencanaan, pelaksanaan, serta pelaporan program/kegiatan.
2. Meningkatkan koordinasi baik di tingkat pimpinan maupun antara pimpinan dengan pelaksana program/kegiatan.

3. Meningkatkan kualitas monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan kegiatan/program.
4. Meningkatkan koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam pencapaian program/kegiatan terutama yang mendukung program transformasi kesehatan, khususnya dalam layanan rujukan.
5. Penguatan layanan KJSU, KIA, TBC, Gastrohepatologi, DM, PIE dan Jiwa sebagai bentuk dukungan program Kementerian Kesehatan dalam transformasi layanan rujukan.
6. Meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien.
7. Optimalisasi digitalisasi rumah sakit dalam mendukung peningkatan mutu layanan
8. Peningkatan jumlah SDM dengan kompetensi dan budaya kerja yang tinggi, untuk menjamin kepuasan pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal.
9. Melakukan efisiensi disegala bidang, tanpa menurunkan mutu layanan.
10. Mengoptimalkan informasi, sosialisasi dan promosi pelayanan Kesehatan Non JKN.

Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2024**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. KARIADI SEMARANG****PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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

Nama : drg. Farichah Hanum, M.Kes

Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi Semarang

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., 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, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,


dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP. 1971062620000310002
drg. Farichah Hanum, M.Kes
NIP. 196406041989102001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan	1.1	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	95%
		1.2	Kepatuhan pada jam kerja	80%
		1.3	Pemenuhan kebutuhan SDM utk pengembangan layanan unggulan	100%
		1.4	Kepuasan pelanggan internal	95%
		1.5	Terpenuhinya standart pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun	90%
2	Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	2.1	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun	100%
		2.2	Tercapainya kepuasan peserta didik	70%
		2.3	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	100%
3	Pengembangan penelitian	3.1	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan	100%
		3.2	Persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	10%
4	Peningkatan mutu layanan klinis	4.1	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	100%
		4.2	Presentase Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal	<2.5%
		4.3	Jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
		4.4	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	100%
		4.5	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%
		4.6	Survey Budaya Keselamatan	>75
		4.7	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
5	Peningkatan Tata kelola RS	5.1	Persentase unit kerja yang mencapai target IKU	95%
		5.2	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		5.3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		5.4	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
		5.5	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	95%
		5.6	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%
		5.7	Persentase nilai EBITDA Margin	>20%
		5.8	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%
		5.9	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%
		5.10	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
6	Perbaikan pengalaman pasien	6.1	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%
		6.2	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar	90%
		6.3	IT terintegrasi seluruh pelayanan	100%
		6.4	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%
		6.5	Kepuasan pelanggan eksternal	>80
		6.6	Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun	100%
		6.7	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
7	Layanan unggulan	7.1	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%
		7.2	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan
		7.3	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
8	Terwujudnya program pengampunan RS	8.1	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata utama	1 RS
		8.2	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata madya	4 RS

Program

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

Anggaran

Rp. 1.350.000.000.000
Rp. 101.365.174.000

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP. 1971062620000310002

Pihak Pertama,



drg. Farichah Hanum, M.Kes
NIP. 196406041989102001

Definisi Operasional Indikator Kinerja Utama

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target	Definisi Operasional	Formula
1	Peningkatan kualitas pemberi layanan	1.1	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai	95%	Terpenuhinya standar kompetensi seluruh pegawai RSUP Dr Kariadi (PNS dan Non PNS) sesuai dengan standar kompetensi yang dipersyaratkan oleh rumah sakit.	Jumlah pegawai di masing-masing jabatan yang mempunyai kompetensi sesuai standar dibagi Jumlah pegawai masing-masing jabatan dikali 100%
		1.2	Kepatuhan pada jam kerja	80%	Kepatuhan pada Jam Kerja adalah terlaksananya kepatuhan pegawai melaksanakan presensi kehadiran tepat waktu sesuai ketentuan (toleransi keterlambatan selama 5 menit dari ketentuan)	Jumlah pegawai yang mentaati jam kerja (tidak terlambat) dalam satu bulan penilaian / Jumlah seluruh pegawai
		1.3	Pemenuhan kebutuhan SDM utk pengembangan layanan unggulan	100%	Tersedianya mapping SDM sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan unggulan dengan standar kompetensi seluruh pegawai di unit pelayanan unggulan secara kuantitas dan kualitas sesuai yang dipersyaratkan Rumah Sakit. Unit Pelayanan Unggulan meliputi : - Instalasi dan KSM Onkologi - Instalasi dan KSM Jantung - Instalasi IBS dan KSM Bedah - Tim CST Nilai tersedianya mapping SDM di unit pelayanan unggulan : • Tersedia mapping SDM di unit pelayanan unggulan dan dilaporkan ke Direktur SDM, Pendidikan dan Pelatihan = 100% • Tidak tersedia mapping SDM di unit pelayanan unggulan = 0%	Nilai tersedianya mapping SDM di unit pelayanan unggulan dibagi 1

		1.4	Kepuasan pelanggan internal	95%	Kepuasan pelanggan internal adalah kepuasan pelanggan internal yang menyatakan puas dengan menggunakan kuesioner kepuasan pelanggan internal. Kepuasan pelanggan internal adalah kepuasan pelanggan internal pengelola dengan menggunakan kuesioner kepuasan pelanggan internal. Prosentase jumlah pelanggan internal pengelola yang menyatakan puas dengan range rata-rata skor puas $\geq 2,6$	(Jumlah pelanggan internal yang menyatakan puas / Jumlah pelanggan internal yang disurvei) X 100%
		1.5	Terpenuhinya standart pembelajaran minimal 20 JPL/pegawai/tahun	90%	• Terlaksananya pengembangan kompetensi pegawai dengan target 20 JPL per tahun adalah terlaksananya monitoring kegiatan pengembangan kompetensi setiap ASN dan Non PNS di Rumah Sakit untuk mendapatkan pembelajaran minimal 20 JPL dan melaporkan angka capaian dalam 1 tahun. • Monitoring dan evaluasi dilakukan setiap bulan oleh unit kerja. • Rekap kegiatan pengembangan kompetensi dilakukan monitoring melalui link : https://bit.ly/KompetensiPegawai2024	Jumlah pegawai yang mendapatkan pembelajaran minimal 20 JPL dibagi Jumlah pegawai di Unit Kerja dikali 100%
2	Peningkatan Peran sebagai RS Pendidikan	2.1	Jumlah pelatihan yang terakreditasi minimal 10 pelatihan/tahun	100%	Jumlah pelatihan yang dipasarkan terakreditasi oleh PPSDM Kemenkes, minimal 10 pelatihan dalam 1 tahun.	Jumlah pelathan yang sudah dilakukan / bulan berjalan (1)
		2.2	Tercapainya kepuasan peserta didik	70%		

		2.3	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas	100%	Terlaksananya program fellowship untuk program prioritas adalah jumlah program fellowship yang terlaksana untuk layanan kanker, jantung, uro-nefrologi dan kesehatan ibu dan anak. Nilai terlaksananya program Fellowship : - Ada program fellowship : 100 % - Tidak ada program fellowship : N/A	Nilai terlaksananya program Fellowship dibagi bulan berjalan (1)
3	Pengembangan penelitian	3.1	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan	100%	Terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan adalah terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan RS yaitu Jantung, Bedah minimal invasif, Onkologi, dan Transplantasi Organ. Penelitian klinis dilakukan oleh staf RS Kariadi. Nilai terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan: • Terlaksana penelitian klinis layanan unggulan RS = 100% • Tidak terlaksana penelitian klinis layanan unggulan RS = 0%	Nilai terlaksananya penelitian klinis layanan unggulan / 1
		3.2	Persentase penelitian klinik terpublikasi yg mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	10%	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan Dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, buletin, website, dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit.	Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%

4	Peningkatan mutu layanan klinis	4.1	Pelayanan sesuai Panduan Praktik Klinik	100%	Pelayanan kesehatan unggulan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan Panduan Praktik Klinik yang berlaku. Penilaian dilakukan pada pasien rawat inap terkait pemberian obat untuk layanan Kanker, Jantung, Stroke, Uronefro, dan KIA (1 penyakit tiap layanan) : Ø Kanker : Acute Lymphoblastic Leukemia Ø Jantung : STEMI Ø Stroke : Stroke Iskemik Ø Uronefro : Gagal Ginjal Kronik Ø KIA : Preeklamsia Berat	(Jumlah pasien dengan diagnosis terpilih yang mendapat pelayanan obat sesuai Panduan Praktik Klinik / Jumlah pasien dengan diagnosis terpilih) X 100%
		4.2	Presentase Nett Death Rate (NDR) di RS Vertikal	<2.5%	Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan	Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100
		4.3	Jumlah laporan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
		4.4	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	100%	Persentase kasus rujukan melalui sirsute yang memiliki respom time kurang dari 1 jam	(Jumlah kasus rujukan melalui sirsute yang ditindaklanjuti dalam waktu < 1 jam / Jumlah kasus rujukan melalui sirsute dalam 1 bulan) X 100%

		4.5	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus)	Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100 Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2
		4.6	Survey Budaya Keselamatan	>75	Budaya keselamatan adalah pada hand note	Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ
		4.7	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan skekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas	Tercapainya output klinis yaitu Capaian indikator klinis terpilih > 80%. Indikator Klinis terpilih pada RS Khusus: sesuai kekhususannya RS Umum: sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas (akan dilakukan desk) Rumus: - terlebih dulu cut-off capaian indicator dikonversi ke 80% - (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indicator klinis yang diukur)

5	Peningkatan Tata kelola RS	5.1	Persentase unit kerja yang mencapai target IKU	95%	Persentase unit kerja yang mencapai target indikator kinerja unit (IKU) yang telah ditetapkan yang tercantum di dalam kontrak kinerja RSUP Dr. Kariadi. Unit kerja adalah Bagian/Bidang/Instalasi/Komite yang menjadi PIC untuk pengukuran data indikator kinerja unit (IKU).	Jumlah unit kerja yang mencapai target indikator kinerja unit (IKU) dibagi Jumlah seluruh unit kerja dikali 100%
		5.2	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan	Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Jan-des) dengan capaian : - Kepatuhan kebersihan tangan $\geq 90\%$ - Kepatuhan penggunaan APD 100% - Kepatuhan identifikasi pasien 100% - Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi $\geq 80\%$ - Waktu tunggu rawat jalan $\geq 80\%$ - Penundaan operasi elektif $\leq 5\%$ - Kepatuhan waktu visit dokter $\geq 80\%$ - Pelaporan hasil kritis laboratorium 100% - Kepatuhan penggunaan formularium nasional $\geq 90\%$ - Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) $\geq 85\%$ - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100% - Kecepatan waktu tanggap complain $\geq 80\%$ - Kepuasan pasien IKM ≥ 80
		5.3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	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.	Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan

		5.4	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran	- Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100 - Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50 - Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100 - Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50 - Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100 Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99 nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio pobo dibagi dua.
		5.5	Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan	95%	Persentase capaian realisasi output belanja Modal Pengadaan barang/jasa pada anggaran BLU berdasarkan kontrak dalam jangka waktu tertentu yang ada di RKA-K/L dalam satu Tahun Anggaran	
		5.6	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	90%	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %
		5.7	Persentase nilai EBITDA Margin	>20%	usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.	EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%
		5.8	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	96%	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %

		5.9	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	>90%	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.	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya
		5.10	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis < 24 jam	Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Terpenuhi jika capaian 100%
6	Perbaikan pengalaman pasien	6.1	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%	Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan	Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.
		6.2	Persentase Pemenuhan SPA Pelayanan RS UPT Vertikal sesuai standar	90%	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit	Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (di cek dalam ASPAK RS UPT Vertikal)
		6.3	IT terintegrasi seluruh pelayanan	100%	Terwujudnya IT Terintegrasi seluruh pelayanan baik pelayanan administrasi, penunjang maupun penunjang medis.	
6	Perbaikan pengalaman pasien	6.4	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100

		6.5	Kepuasan pelanggan eksternal	>80	1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.	
		6.6	Terwujudnya implementasi efisiensi energi minimal satu (1) program/tahun	100%	Terwujudnya implementasi program efisiensi energi	Terwujudnya implementasi program efisiensi energi

		6.7	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien (ketersediaan fasilitas pendukung dan waktu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang)	80%	1. Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar 2. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit	1. Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu: a. Parkir b. Ruang Tunggu c. Taman d. Toilet Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung. Rumus = (jumlah skor/400) x 100% 2. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit) Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan
7	Layanan unggulan	7.1	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 (satu) pengembangan sub pelayanan/tahun	100%	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 sub layanan setiap tahunnya	Terlaksananya pengembangan pelayanan unggulan minimal 1 sub layanan setiap tahunnya
		7.2	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	1 layanan	Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN	Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

		7.3	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal	(Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu) dibagi Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu dikali 100
8	Terwujudnya program pengampunan RS	8.1	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata utama	1 RS	Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal
		8.2	Jumlah RS yg dibina dan mencapai strata madya	4 RS	Rumah Sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di KMK	Jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal

PEGAWAI RSUP DR. KARIADI SEMARANG
Per 31 DESEMBER 2024

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN PEGAWAI	
		L	P
1	2	3	4
TENAGA KESEHATAN			
1	TENAGA MEDIS		
1.1	DOKTER UMUM	6	7
1.2	PPDS		
1.3	SPESIALIS BEDAH	7	0
1.4	SPESIALIS PENYAKIT DALAM	15	14
1.5	DOKTER SPESIALIS ANAK	6	13
1.6	DOKTER SPESIALIS OBSTETRI GINEKOLOGI	12	4
1.7	DOKTER SPESIALIS RADIOLOGI	4	5
1.8	DOKTER SPESIALIS ONKOLOGI RADIASI	3	0
1.9	DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN NUKLIR	2	0
1.10	DOKTER SPESIALIS ANESTESI	13	5
1.11	DOKTER SPESIALIS PATOLOGI KLINIK	1	5
1.12	DOKTER SPESIALIS JIWA	1	2
1.13	DOKTER SPESIALIS MATA	2	6
1.14	DOKTER SPESIALIS THT	3	6
1.15	DOKTER SPESIALIS KULIT & KELAMIN	1	2
1.16	DOKTER SPESIALIS KARDIOLOGI	5	1
1.17	DOKTER SPESIALIS PARU	2	0
1.18	DOKTER SPESIALIS SARAF	5	5
1.19	DOKTER SPESIALIS BEDAH SARAF	4	0
1.20	DOKTER SPESIALIS BEDAH ORTHOPEDI	3	0
1.21	DOKTER SPESIALIS UROLOGI	4	0
1.22	DOKTER SPESIALIS PATOLOGI ANATOMI	0	4
1.23	DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FORENSIK	1	1
1.24	DOKTER SPESIALIS REHABILITASI MEDIK	1	4
1.25	DOKTER SPESIALIS BEDAH PLASTIK	1	3
1.26	DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN OLAAHRAGA	0	0
1.27	DOKTER SPESIALIS MIKROBIOLOGI KLINIK	0	4
1.28	DOKTER SPESIALIS PARASITOLOGI KLINIK	0	0
1.29	DOKTER SPESIALIS GIZI KLINIK	1	3
1.30	DOKTER SPESIALIS FARMA KLINIK	0	0
1.31	DOKTER SPESIALIS LAINNYA	0	0
1.32	DOKTER SUB SPESIALIS LAINNYA	0	0

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN PEGAWAI	
		L	P
1	2	3	4
1.33	DOKTER GIGI	0	3
1.34	DOKTER GIGI SPESIALIS	6	6
1,35	DOKTER SPESIALIS BEDAH ONKOLOGI	3	0
1,36	DOKTER SPESIALIS BEDAH ANAK	2	1
1.99	JUMLAH TOTAL	114	104
1.66	DOKTER/DOKTER GIGI MHA/MARS	0	0
1.77	DOKTER/DOKTER GIGI S2/S3 KES MAS	0	0
1.88	S3 (DOKTER KONSULTAN)	0	0
	JUMLAH TOTAL	0	0
2	TENAGA KEPERAWATAN		
2.1	S3 KEPERAWATAN	0	0
2.2	S2 KEPERAWATAN	11	15
2.3	S1 KEPERAWATAN	308	488
2.4	D4 KEPERAWATAN	1	6
2.5	PERAWAT VOKASIONAL	306	539
2.10	D4/S1 KEBIDANAN	0	19
2.11	D3 KEBIDANAN	0	58
2.88	TENAGA KEPERAWATAN LAINNYA(SPK,D1 BIDAN,ANES,GIGI,SPRG)	1	3
2,89	D4 KEPERAWATAN (PERAWAT GIGI, ANESTESI)	0	2
2.99	JUMLAH TOTAL	627	1130
3	TENAGA KEFARMASIAN		
3.1	S3 FARMASI/APOTEKER	0	0
3.2	S2 FARMASI/APOTEKER/FARMASI KLINIK	6	30
3.3	APOTEKER	8	37
3.4	S1 FARMASI / FARMAKOLOGI KIMIA	0	0
3.8	ASISTEN APOTEKER	17	153
3.88	TENAGA KEFARMASIAN LAINNYA	0	0
3.99	JUMLAH TOTAL	31	220
4	TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT		
4.1	S3-KESEHATAN MASYARAKAT	0	0
4.6	S2-BIOMEDIK	0	0
4.7	S2-PSIKOLOGI	1	0
4.8	S1-KESEHATAN MASYARAKAT	11	15
4.9	S1-PSIKOLOGI	1	4
4.10	S1-KESEHATAN LINGKUNGAN	0	1
4.11	D3-SANITARIAN	2	2
4.11	D3-SANITARIAN	1	1
4.12	D1-SANITARIAN	0	0
4.88	TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT LAINNYA	0	0
4.99	JUMLAH TOTAL	16	23

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN PEGAWAI	
		L	P
1	2	3	4
5	TENAGA GIZI		
5.1	S3-GIZI / DIETISIEN	0	0
5.2	S2-GIZI / DIETISIEN	0	2
5.3	S1-GIZI / DIETISIEN	1	27
5.4	D4-GIZI / DIETISIEN	0	5
5.5	AKADEMI/D3-GIZI/DIETISIEN	0	6
5.6	D1-GIZI / DIETISIEN	0	0
5.88	TENAGA GIZI LAINNYA	0	0
5.99	JUMLAH TOTAL	1	40
6	TENAGA KETERAPIAN FISIK		
6.1	D4/S1 FISIOTERAPIS	2	4
6.2	D3 FISIOTERAPIS	7	11
6.3	D3 OKUPASI TERAPIS	1	2
6.4	D3 TERAPI WICARA	3	6
6.5	D4 OKUPASI TERAPI	2	3
6.6	D4 TERAPI WICARA	1	0
6,7	D4 PEKERJA SOSIAL	2	2
6.88	D3 AUDIOLOGIS	0	1
6,89	TENAGA KETERAPIAN FISIK LAINNYA (OP, D4 FISIO,AUDIOLOGIS)	0	0
6.99	JUMLAH TOTAL	18	29
7	TENAGA KETEKNISAN MEDIS		
7.1	S3 OPTO ELEKTRONIKA & APL LASER	0	0
7.2	S2 OPTO ELEKTRONIKA & APL LASER	0	0
7.3	D4 TEKNIK RADIOLOGI & RADIOTERAPI	16	20
7.4	D4 TEKNIK ELEKTROMEDIK	5	2
7.5	D4 FISIKA MEDIK (S1)	4	5
7.6	D3 TEKNIK GIGI	1	1
7.7	D3 TEKNIK RADIOLOGI & RADIOTERAPI	16	12
7.8	D3 REFRAKSIONIS OPTISIEN	3	1
7.9	D3 PEREKAM MEDIS	31	47
7.9.1	D4 PEREKAM MEDIS	0	1
7.10	D3 TEKNIK ELEKTROMEDIK	12	5
7.11	D3 ANALIS KESEHATAN	16	64
7.12	D3 INFORMASI KESEHATAN	0	0
7.13	D3 KARDIOVASKULAR	0	3
7.14	D3 ORTHOTIK PROSTETIK	1	1
7.15	D3 TEKNIK TRANFUSI DARAH	1	3
7.16	D4 TEKNIK GIGI	1	1
7.17	D4 ORTHOTIK PROSTETIK	1	0
7.22	D4 ANALIS KESEHATAN	2	0
7.88	TENAGA KETERAPIAN FISIK LAINNYA	0	0

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN PEGAWAI	
		L	P
1	2	3	4
7.99	JUMLAH TOTAL	110	166
TENAGA NON KESEHATAN			
8	DOKTORAL		
8.1	S3 BIOLOGI	0	0
8.2	S3 KIMIA	0	0
8.3	S3 EKONOMI / AKUNTANSI	0	0
8.4	S3 ADMINISTRASI	0	0
8.5	S3 HUKUM	0	0
8.6	S3 TEHNIK	0	0
8.7	S3 KES. SOSIAL	0	0
8.8	S3 FISIKA	0	0
8.9	S3 KOMPUTER	0	0
8.10	S3 STATISTIK	0	0
8.88	DOKTORAL LAINNYA (S3)	0	0
8.99	JUMLAH TOTAL	0	0
9	S2 PASCA SARJANA		
9.1	S2 BIOLOGI	0	0
9.2	S2 KIMIA	0	0
9.3	S2 EKONOMI / AKUNTANSI	1	5
9.4	S2 ADMINISTRASI	2	3
9.5	S2 HUKUM	1	0
9.6	S2 TEHNIK	1	0
9.7	S2 KESEJAHTERAAN SOSIAL	0	0
9.8	S2 FISIKA	1	0
9.9	S2 KOMPUTER	0	0
9.10	S2 KESEHATAN MASYARAKAT	3	9
9.11	S2 ADMINISTRASI KES. MASY	4	9
9.88	PASCA SARJANA LAINNYA (S2)	4	4
9.99	JUMLAH TOTAL	17	30
10	SARJANA		
10.1	SARJANA BIOLOGI	1	0
10.2	SARJANA KIMIA	0	0
10.3	SARJANA EKONOMI / AKUNTANSI	13	25
10.4	SARJANA ADMINISTRASI/MANAJEMEN	5	15
10.5	SARJANA HUKUM	3	2
10.6	SARJANA TEHNIK	7	2
10.7	SARJANA SOSIAL	0	0
10.8	SARJANA FISIKA	0	0
10.9	SARJANA KOMPUTER	26	13
10.10	SARJANA STATISTIK	0	0
10.88	SARJANA LAINNYA (S1)	5	7

NO KODE	KUALIFIKASI PENDIDIKAN	KEADAAN PEGAWAI	
		L	P
1	2	3	4
10,89	SARJANA PERPUSTAKAAN	1	0
10,99	SARJANA TEKNIK SIPIL	2	0
10.99	JUMLAH TOTAL	63	64
11	SARJANA MUDA		
11.1	SARJANA MUDA BIOLOGI	0	0
11.2	SARJANA MUDA KIMIA	0	0
11.3	SARJANA MUDA EKONOMI / AKUNTANSI	11	15
11.4	SARJANA MUDA ADMINISTRASI/MANAJEMEN	2	5
11.5	SARJANA MUDA HUKUM	0	0
11.6	SARJANA MUDA TEHNIK	8	0
11.7	SARJANA MUDA KES. SOSIAL	0	0
11.8	SARJANA MUDA KEARSIPAN	0	5
11.9	SARJANA MUDA KOMPUTER	14	18
11.10	SARJANA MUDA SEKRETARIS	0	1
11.88	SARJANA MUDA / D3 LAIN	0	6
11,89	SARJANA MUDA KOMUNIKASI	0	1
11,91	SARJANA MUDA TEKNIK ELEKTRO	2	1
11,92	SARJANA MUDA TEKNIK SIPIL	1	2
11.99	JUMLAH TOTAL	38	54
12	SMU SEDERAJAT DAN DIBAWAHNYA		
12.1	SMA / SMU	16	13
12.2	SMEA	0	0
12.3	STM/SMK	1	0
12.4	SMKK	0	0
12.5	SPK	0	0
12.6	SMTP SEDERAJAT	0	0
12.7	SD KEBAWAH	0	0
12.88	SMTA LAINNYA	0	0
12.99	JUMLAH TOTAL	17	13

**NERACA
RSUP Dr KARIADI
PER 31 DESEMBER 2024**

URAIAN	CATATAN	31 DESEMBER 2024	31 DESEMBER 2023 (AUDITED)
ASET			
ASET LANCAR			
Kas Lainnya dan Setara Kas	C.1	372.348.798	208.046.670
Kas pada Badan Layanan Umum	C.2	407.155.556.199	406.328.128.897
Belanja Dibayar Dimuka (Prepaid)	C.3	58.990.500	132.413.850
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	C.4	15.666.453.511	155.129.409.889
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	C.5	(8.127.557.125)	(13.960.342.865)
Piutang dari Kegiatan Operasional Badan Layanan Umum		7.538.896.386	141.169.067.024
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	C.6	840.459.260	594.090.143
Penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	C.7	(4.202.296)	(2.970.451)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum		836.256.964	597.060.594
Persediaan	C.8	46.396.719.471	63.605.767.958
Persediaan yang Belum Diregister	C.9	1.450.000	-
Jumlah Aset Lancar		462.360.218.318	612.034.544.091
ASET TETAP			
Tanah	C.10	4.008.676.414.000	4.008.676.414.000
Peralatan dan Mesin	C.11	1.462.472.670.504	1.385.364.061.956
Gedung dan Bangunan	C.12	517.534.394.200	515.165.120.643
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	C.13	17.482.094.665	12.025.995.815
Aset Tetap Lainnya	C.14	269.671.500	269.671.500
Konstruksi Dalam Pengerjaan	C.15	22.337.874.957	4.754.616.600
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	C.16	(1.289.350.492.880)	(1.192.849.440.754)
Jumlah Aset Tetap		4.739.422.626.946	4.733.406.439.760

ASET LAINNYA				
	Aset Tak Berwujud	C.17	5.124.329.491	5.124.329.491
	Dana Yang Dibatasi Penggunaannya	C.18	15.565.895.300	0
	Aset Lain-Lain	C.19	11.387.950	677.473.724
	Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya	C.20	(5.135.717.441)	(5.511.435.652)
	Jumlah Aset Lainnya		15.565.895.300	290.367.563
	JUMLAH ASET		5.217.348.740.564	5.345.731.351.414
	KEWAJIBAN			
	KEWAJIBAN JANGKA PENDEK			
	Utang kepada Pihak Ketiga	C.20	112.036.607.031	94.409.922.506
	Pendapatan Diterima di Muka	C.21	1.623.023.500	2.159.687.061
	Jumlah Kewajiban Jangka Pendek		113.659.630.531	96.569.609.567
	JUMLAH KEWAJIBAN		113.659.630.531	96.569.609.567
	EKUITAS			
	Ekuitas	C.22	5.103.689.110.033,	5.249.161.741.847
	JUMLAH EKUITAS		5.103.689.110.033	5.249.161.741.847
	JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS		5.217.348.740.564	5.345.731.351.414
			-	-

**LAPORAN OPERASIONAL
RSUP Dr KARIADI
PER 31 DESEMBER 2024**

URAIAN		CATATAN	31 DESEMBER 2024	31 DESEMBER 2023 (AUDITED)
KEGIATAN OPERASIONAL				
PENDAPATAN NEGARA BUKAN PAJAK			1.315.181.567.851	1.472.777.589.266
JUMLAH PENDAPATAN			1.315.181.567.851	1.472.777.589.266
BEBAN				
	Beban Pegawai	D.2	765.042.147.672	719.396.750.549
	Beban Persediaan	D.3	530.573.559.858	508.897.246.619
	Beban Barang dan Jasa	D.4	133.922.773.199	140.294.088.930
	Beban Pemeliharaan	D.5	87.338.114.466	82.334.648.009
	Beban Perjalanan Dinas	D.6	1.515.928.078	1.182.672.935
	Beban Penyusutan dan Amortisasi	D.7	133.605.730.774	126.659.232.206
	Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	D.8	-	28.750
JUMLAH BEBAN			1.651.998.254.047	1.578.764.667.998
	SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL		(336.816.686.196)	(105.987.078.732)
KEGIATAN NON OPERASIONAL		D.9		
	Kegiatan Non Operasional			
	Pendapatan Pelepasan Aset Non Operasional		588.999.000	332.775.686
	Beban Pelepasan Aset Non Operasional		2.193.029.920	133.198.469
			(1.604.030.920)	199.577.217
	Kegiatan Non Operasional Lainnya			
	Pendapatan dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		9.138.100.450	14.926.216.069
	Beban dari Kegiatan Non Operasional Lainnya		648.791.880	3.954.743.910
			8.489.308.570	10.971.472.159
	SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL		6.885.277.650	11.171.049.376
POS LUAR BIASA		D.10		
	Beban Luar Biasa		-	-
	Pendapatan PNB		-	-
	Beban Perjalanan Dinas		-	-
	Beban Persediaan		-	-
	SURPLUS/DEFISIT LO		(329.931.408.546)	(94.816.029.356)

Lampiran 6

**LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS
RSUP Dr KARIADI
PER 31 DESEMBER 2024**

URAIAN		CATATAN	31 DESEMBER 2024	31 DESEMBER 2023 (AUDITED)
EKUITAS AWAL		E.1	5.249.161.741.847	5.231.874.809.460
SURPLUS/DEFISIT LO		E.2	(329.931.408.546)	(94.816.029.356)
KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS			12.541.147.392	(489.820.659,)
	PENYESUAIAN NILAI ASET		-	
	KOREKSI NILAI PERSEDIAAN		1.550.240	(489.820.659)
	KOREKSI ATAS REKLASIFIKASI	E.3		
	SELISIH REVALUASI ASET TETAP	E.4		
	KOREKSI NILAI ASET TETAP NON REVALUASI	E.5	6.708.043.257	230.195.730,
	KOREKSI LAIN-LAIN	E.6	5.831.553.895	(20.480.271.542)
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS		E.7	171.917.629.340	132.842.858.214
KENAIKAN / PENURUNAN EKUITAS		E.8	(145.472.631.814)	17.286.932.387
EKUITAS AKHIR		E.9	5.103.689.110.033	5.249.161.741.847

Kunjungan Dirjen Farmalkes dalam rangka visitasi CPOB



Workshop Digital Content



Kunjungan BPOM Dalam Rangka Visitasi CPOB



Workshop pelayanan Prima



Talkshow Peringatan Hari Kanker Sedunia



Kunjungan dari RS Harapan Kita



Penghargaan-Penghargaan RSUP Dr. Kariadi Tahun 2023



