



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



GERMAS

Gerakan Masyarakat
Untuk Hidup Sehat



RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT)

RS. ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA



2021

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kita panjatkan kepada Allahg, SWT karena berkat limpahan rahmat dan hidayah-Nya, Dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RS. Ortopedi Prof.Dr.R.soeharso Surakarta Tahun Anggaran 2021 ini dapat tersusun.

Dokumen perencanaan ini disusun sebagai realisasi kewajiban RS. Ortopedi Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta sesuai PerMenPan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja. Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah serta Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2416/Menkes/Per/XIII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI.

Sangat disadari bahwa dokumen ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk perbaikan.

Kami menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih kepada semua Pihak yang telah membantu tersusunnya Rencana Kinerja Tahunan (RKT) RS. Ortopedi Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta Tahun anggaran 2021. Dengan harapan dokumen ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan sebagai pedoman dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara prima dan paripurna. Semoga Tuhan meridhoi niat baik kita.

Mengetahui dan menyetujui
Direktur Utama,



Dr.dr.Pamudji Utomo, Sp.OT (K)
NIP. 196202281989031003

RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT)
RUMAH SAKIT ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA
TAHUN ANGGARAN 2021

NO	SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET	PROGRAM	KEGIATAN	TARGET				
1	2	3	4	5	6	7				
A PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN										
1	Terwujudnya	a	Persentase layanan untuk pangsa pasar non JKN	100%	Paket Lutut Sehat dan Punggung Sehat	1) Penyusunan Tim	100%			
						2) Penyusunan Program Kerja	100%			
						3) Penyusunan Regulasi	100%			
						4) Penyusunan tarif	100%			
						5) Persiapan Sarana Prasarana	100%			
						6) Peningkatan Kompetensi SDM (Medis dan Keperawatan)	100%			
						7) Peluncuran Program	100%			
		b	Ketercapaian program untuk rebranding RSO	100%	1)	Marketing ke perusahaan-perusahaan target kerjasama	Penyusunan Dan Pengiriman Proposal Kerjasama	100%		
							2)	Sosialisasi Pelayanan Unggulan RSO	Sosialisasi melalui berbagai media	100%
					3)	Video edukasi lainnya			a) Pembuatan Video Lutut Sehat	100%
									b) Pembuatan Video Punggung Sehat	100%
							c) Video Layanan Unggulan Per Sub Spesialis	100%		
							d) Video Layanan Unggulan Sport Medicine	100%		
					4)	Pengembangan porto-folio RSO dan tim-tim layanan unggulan (website)	a) Pengembangan Portofolio Lutut Sehat	100%		
b) Pengembangan Portofolio Punggung Sehat	100%									
c) Pengembangan Portofolio Layanan Unggulan Per Sub Spesialis	100%									
d) Pengembangan Portofolio Layanan Unggulan Sport Medicine	100%									
2	Terwujudnya produk unggulan sebagai daya saing RS	Persentase produk layanan unggulan RSO	100%	Lanjutan <i>Sport Medicine</i>	a) Penyusunan Tim	100%				
					b) Penyusunan Program Kerja	100%				
					c) Penyusunan Regulasi	100%				
					d) Penyusunan tarif	100%				
					e) Persiapan Sarana Prasarana	100%				

						f	Peningkatan Kompetensi SDM (Medis dan Keperawatan)	100%	
						g	Peluncuran Program	100%	
3	Terdapatnya <i>skill</i> baru untuk menunjang layanan unggulan dan meningkatkan daya saing RS	Persentase karyawan yang mendapatkan pelatihan <i>skill</i> baru yang menunjang layanan unggulan	100%	Pengembangan SDM melalui pelatihan		a	Persentase karyawan yang mendapatkan pelatihan skill baru yang menunjang layanan unggulan Sport Medicine	100%	
						b	Persentase karyawan yang mendapatkan pelatihan skill baru yang menunjang program inovatif	100%	
						c	Persentase karyawan yang mendapatkan pelatihan skill baru yang menunjang layanan subspecialis	100%	
						d	Persentase karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	60%	
						e	Rata - rata jam pelatihan per karyawan	80%	
						f	Persentase dokter pendidik klinis yang mendapatkan TOT	76%	
B PERSPEKTIF PROSES BISNIS									
4	Terwujudnya digitalisasi proses pelayanan dan proses manajemen RS	a	Persentase unit layanan dan unit pendukung yang sudah memiliki konektivitas	100%	1)	EMR Ranap	a)	Modul Asuhan Keperawatan	100%
							b)	Modul Asuhan Medis	100%
							c)	Modul Penunjang Lainnya	100%
							d)	Integrasi Modul	100%
							e)	PACS Dan LIS Di Modul Rawat Inap	100%
					2)	Inventory Non Medis (Logistik dan Gizi)	a)	Modul Inventory Logistik	100%
							b)	Modul Inventory Gizi	100%
		b	Ketercapaian pembuatan aplikasi yang bisa diakses melalui	100%	1)	Informasi tindakan	a)	Periksa hari ini	100%
							b)	Visite hari ini	100%
							c)	Operasi hari ini	100%
					2)	Reservasi Pasien	a)	Modul Penjadwalan Operasi	100%
							b)	Pengembangan Modul SIRAJA	100%
5	Terwujudnya proses pelayanan dan manajemen yang lebih efisien	a	Persentase unit layanan dengan rerata waktu tunggu pelayanan kurang dari target	82%	1)	Mempercepat waktu tunggu di rawat jalan (< 60 menit)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
							b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
							c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
					2)	Mempercepat waktu tunggu pasien IGD (< 4 jam)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
							b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%

		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
3)	Mempercepat waktu tunggu operasi urgen (< 24 menit)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
4)	Mempercepat waktu tunggu operasi elektif (< 48 jam)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
5)	Mempercepat waktu respon time pasien pulang / keluar dari ruangan Ranap setelah mendapat perintah pulang	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
6)	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorak (< 3 jam)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
7)	Mempercepat waktu Tunggu Pelayanan laboratorium (< 90 menit)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
8)	Mempercepat waktu tunggu laboratorium Cyto IGD (< 60 menit)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
		b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
		c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
9)	Mempercepat waktu tunggu Obat jadi (<	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%

				30 menit)	b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
					c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
			10)	Mempercepat waktu tunggu Obat racikan (< 60 menit)	a)	Monev prosedur tetap / SPO (Standar Procedure Operating) terkait pelayanan	100%
					b)	Pembenahan alur pelayanan melalui sistem aplikasi elektronik	100%
					c)	Peningkatan kemampuan SDM terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya	100%
	b	Persentase keluhan pelanggan yang	82%	Penanganan keluhan pelanggan secara optimal	1)	Penanganan Keluhan Pelanggan Secara Optimal	100%
					2)	Mengumpulkan Data Keluhan Pelanggan	100%
					3)	Analisa Dan Tindak Lanjut	100%
					4)	Monitoring Evaluasi	100%
	c	Peningkatan Mutu dan Pengembangan	100%	1)		Klinik Tumbuh Kembang Anak	100%
				2)		Mereview 30 Clinical Pathway yang digunakandi RSO	100%
				3)		Menyelesaikan temuan masalah setiap rapat	12 Kegiatan
				4)			
					a)	Optimalisasi model asuhan keperawatan profesional	100%
					b)	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan model asuhan keperawatan profesional	100%
					c)	Monitoring dan Evaluasi Peningkatan mutu pelayanan keperawatan	100%
				5)			
					a)	Penggunaan APD (Masker standar)	100%
					b)	Membersihkan tangan sesuai WHO dan SOP	100%
					c)	Menjaga jarak tempat duduk minimal 1 meter	100%
					d)	Meningkatkan daya tahan tubuh	100%
7	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	a)	Penyusunan Kebijakan dan Tim Pengembangan SISRUTE	100%
					b)	Penyusunan laporan pemanfaatan dan Evaluasi Penggunaan SISRUTE secara berkala	100%
					c)	Penunjukan Petugas Khusus	100%
					d)	Persentase kasus yang memiliki nilai respon time < 1 jam sebesar lebih dari 50 %	100%

C PERSPEKTIF PENGGUNA									
8	Terdapatnya segmen pasar baru (kerjasama perusahaan multi-nasional dan BUMN)	a	Ketercapaian pembuatan MoU dengan perusahaan multi-nasional, BUMN dll sebagai pangsa pasar pengguna	100%	1)	MoU dengan Perusahaan multi - nasional	a)	Melakukan Perpanjangan Kerjasama yang Akan Berakhir di Tahun 2021	100%
							b)	Membuat Perjanjian Kerjasama yang Baru	100%
					2)	MoU dengan BUMN	a)	Melakukan Perpanjangan Kerjasama yang Akan Berakhir di Tahun 2021	100%
							b)	Membuat Perjanjian Kerjasama yang Baru	100%
					3)	MoU dengan Institusi Lain	a)	Melakukan Perpanjangan Kerjasama Yang Akan Berakhir di Tahun 2021	100%
							b)	Membuat Perjanjian Kerjasama yang Baru	100%
		b	Mendukung Ketercapaian persentase pasien non JKN	100%	1)	Menyiapkan materi untuk pemasaran program	1)	Presentasi produk layanan	100%
7	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	Indeks Kepuasan Masyarakat	83%	a	Perhitungan angka IKM Unit Kerja Pelayanan	1)	Survey IKM Instalasi Rawat Jalan	2 keg	
						2)	Survey IKM Instalasi Rawat Inap	2 keg	
						3)	Survey IKM IGD	2 keg	
						4)	Survey IKM Inst. Rehab Medik	2 keg	
						5)	Survey IKM Inst. Radiologi	2 keg	
						6)	Survey IKM Inst. Patologi Klinik	2 keg	
						7)	Survey IKM Inst. Farmasi	2 keg	
						8)	Survey IKM Inst. Rawat Intensif (ICU)	2 keg	
						9)	Survey IKM Inst. Bedah Sentral	2 keg	
				b	Upaya peningkatan kepuasan pelanggan yang datang	1)	Self Assesment Pelayanan Prima	100%	
						2)	Pengelolaan Sarana Prasarana Sesuai standar akreditasi Rumah Sakit (MFK)	100%	
						3)	Terjaminnya pengisian ASPAK	100%	
						4)	Tercapainya program green hospital	100%	
						5)	Tercapainya program KANTOR BERHIAS	100%	
				c	Program retensi pegawai	1)	Persentase usulan kenaikan pangkat pegawai secara tepat waktu	100%	
						2)	Ketepatan penyampian usulan KGB pegawai	100%	
						3)	Pengesahan usulan cuti pegawai secara tepat waktu	100%	
						4)	Pengusulan pensiun pegawai secara tepat waktu	11 orang	
						5)	Pengelolaan data pegawai sebagai usulan pemberian gaji, uang makan, lembur dan remunerasi pegawai secara tepat waktu	100%	
						6)	Capacity building	1 keg	
						7)	Perbaiki sistem penilaian kinerja terkait remunerasi	4 keg	

					8)	Penyusunan KAK untuk pengadaan seragam pegawai	1 keg
					9)	Survey Indeks Kepuasan Kerja Karyawan	2 keg
D	PERSPEKTIF KEUANGAN						
9	Terdapatnya sumber-sumber pendapatan baru	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	82%	Tersedianya Alokasi Dana yang Meningkat	a	Pencapaian pendapatan rumah sakit	Rp. 202.500.000.00 0
					b	Percepatan tagihan piutang	
					1)	Pengajuan tagihan piutang BPJS Kesehatan	16 dokumen
					2)	Pengajuan tagihan pasien dengan penjaminan	36 dokumen
					3)	Pengajuan tagihan piutang pasien perorangan	60 dokumen
					c	Tersusunnya usulan anggaran sesuai dengan kebutuhan rumah sakit	
					1)	Penyajian data penyusunan DIPA / RKAKL	3 kegiatan
					2)	Penyajian dokumen RBA	3 dokumen
					3)	Penyajian dokumen TPRPNBP	1 dokumen
					d	Terealisasinya Anggaran sesuai pagu dalam DIPA dan laporan	
					1)	Alokasi anggaran sesuai kebutuhan dan pagu anggaran (APBN,BLU)	Rp. 247.456.265.00
					2)	Pembayaran belanja pegawai sesuai dengan pagu anggaran (APBN)	Rp. 38.556.265.000
					3)	Pembayaran belanja barang sesuai dengan pagu anggaran (BLU)	Rp. 161.983.384.00
					4)	Pembayaran belanja modal sesuai dengan pagu anggaran (BLU)	Rp. 40.516.616.000
					5)	Pembayaran Belanja Barang Operasional sesuai dengan pagu anggaran (RM)	Rp. 6.400.000.000
					e	Evaluasi Pelaksanaan Anggaran	
					1)	Tersusunnya rekap realisasi anggaran bulanan	12 laporan
					2)	Monev Anggaran	
					a)	Laporan monev DJA on line	12 laporan
					b)	Penyajian laporan Bappenas on line sesuai dengan PP 39 / 2006	12 laporan
				Terwujudnya Efisiensi Penggunaan Dana	a	Pembayaran tagihan sesuai dengan alokasi anggaran yang tersedia	
					1)	Verifikasi dokumen pembayaran tagihan (APBN ,BLU)	2.000 dokumen
					2)	Pembayaran tagihan pihak III	2.000 dokumen

	c	Tersusunnya draf Laporan Uang Muka Pasien per Tahun 2021	12 laporan
Tersusunnya Draft Penatausahaan BMN	a	Tersusunnya rencana kebutuhan (RK) BMN Tahun 2022	1 dokumen
	b	Tersusunnya draf usulan penetapan status penggunaan BMN Tahun 2021	2 dokumen
	c	Tersusunnya draf usulan penghapusan BMN Tahun 2021	2 dokumen
	d	Terselesaikannya opname fisik persediaan Semesteran dan Tahunan Tahun 2021	2 dokumen
	e	Terselesaikannya update DBR unit kerja Tahun 2021	24 dokumen
	f	Tersusunnya draf Laporan Pengawasan dan Pengendalian (WASDAL) BMN Tahun 2021	1 laporan
	g	Tersusunnya draf Laporan Barang Milik Negara (LBMN) Catatan Ringkas BMN Periode Tahunan Tahun 2020	1 laporan
	h	Tersusunnya draf Laporan Barang Milik Negara (LBMN) Periode Triwulanan (Triwulan I & III) Tahun 2021	2 laporan
	i	Tersusunnya draf Laporan Barang Milik Negara (LBMN) dan Catatan Ringkas BMN Periode Semesteran (Semester I) Tahun 2021	1 laporan
Terselesaikannya Rekonsiliasi Internal Dan Eksternal	a	Terselesaikannya rekonsiliasi internal data BMN antara SIMAK-BMN dan SAIBA periode bulanan Tahun 2021	12 laporan
	b	Terselesaikannya rekonsiliasi eksternal data keuangan dengan KPPN periode bulanan Tahun 2021	12 laporan
	c	Terselesaikannya rekonsiliasi eksternal data BMN dengan KPKNL periode semesteran dan tahunan Tahun 2021	2 laporan
Tersusunnya Bahan Review Laporan Keuangan	a	Tersusunnya bahan review laporan keuangan oleh Satuan Pengawas Internal	4 dokumen
	b	Tersusunnya bahan review laporan keuangan oleh Eselon 1 dan Inspektorat Jenderal Kemenkes	6 dokumen
Tersusunnya Bahan Pemeriksaan Laporan Keuangan	a	Tersusunnya bahan pemeriksaan atas laporan keuangan oleh pemeriksa eksternal (KAP dan BPK)	2 dokumen
	b	Tersusunnya analisis permasalahan temuan hasil pemeriksaan (KAP dan BPK) pada laporan keuangan dan rencana tindak lanjutnya	2 dokumen

Tersusunnya Draft Laporan Manajemen	a	Tersusunnya draf Laporan Manajemen periode Tahunan Tahun 2020	1 laporan
	b	Tersusunnya draf Laporan Manajemen periode Semesteran (Semester I) Tahun 2021	1 laporan
	c	Tersusunnya draf Biaya Satuan Per Layanan (Unit Cost) Tahun 2020	1 laporan
	d	Tersusunnya draf Laporan Pendapatan per Coding INA-CBGs Bulanan Tahun 2021	12 laporan
	e	Monitoring dan Evaluasi Efisiensi Biaya per Unit Kerja Bulanan Tahun 2021	12 laporan
	f	Tersusunnya Kajian/Analisa Keuangan	6 dokumen
	g	Tersusunnya draf Laporan Pendapatan dan Biaya Agregat RBA per Unit Kerja	3 laporan
Tersusunnya Laporan Verifikasi Penerimaan Rumah Sakit	a	Tersusunnya Laporan Verifikasi Penerimaan Tahun 2021	12 laporan
	b	Tersusunnya Laporan verifikasi Penerimaan Parkir Tahun 2021	12 laporan
Tersedianya Tarif Pelayanan Yang Tepat dan Bersaing	a	Terselesaikannya Revisi Tarif Pelayanan Rumah Sakit Tahun 2021 (Usulan-usulan Suplemen Tarif)	6 dokumen
	b	Tersusunnya usulan Tarif Layanan Tahun 2022 ke Kementerian Keuangan	1 dokumen
Terdapatnya segmen pasar baru (kerjasama perusahaan multi-nasional dan BUMN)		Ketercapaian persentase pasien non JKN	29%
Peningkatan Mutu Pelayanan Sesuai Standar Pelayanan Minimal Dan Indikator BLU	a	Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)	
		1) Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	12 dokumen
		2) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	4 dokumen
		3) Ketepatan waktu pembayaran remunerasi sesuai kesepakatan waktu (setiap tanggal 15)	12 dokumen
		4) Ketepatan waktu penyusunan RBA (November)	1 dokumen
		5) Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap (< 1 jam)	100%
		6) Ketepatan penyampaian laporan realisasi penerimaan dan pengeluaran tgl 10 bulan berikutnya	12 dokumen
	b	Indikator Kinerja BLU (AA)	
		1) Aspek Keuangan (Rasio Keuangan)	
	a) Ratio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	0,5 skor	

					b) Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75 skor
					c) Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2,25 skor
					d) Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	0,75 skor
					e) Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	1 skor
					f) Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	0,85 skor
					g) Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	0,75 skor
					h) Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	2,75 skor
					2) Aspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	
					a) Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	2 skor
					b) Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP)	2 skor
					c) Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2 skor
					d) Tarif Layanan	1 skor
					e) Sistem Akuntansi	0,8 skor
					f) Persetujuan Rekening	0,5 skor
					g) SOP Pengelolaan Kas	0,5 skor
					h) SOP Pengelolaan Piutang	0,5 skor
					i) SOP Pengelolaan Utang	0,5 skor
					j) SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5 skor
					k) SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5 skor

Surakarta, 29 Desember 2020
Direktur Utama,



Dr.dr.Pamudji Utomo, Sp.OT(K)
NIP. 196202281989031003