KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

GERMAS
Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Kemenkes
RS Soeradji Tirtonegoro

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) SEMESTER I TAHUN 2025

REVISI I

RS SOERADJI TIRTONEGORO



RS Soeradji Tirtonegoro
Jl. dr. Soeradji Tirtonegoro No.1 Klaten Jawa Tengah
Telp (0272) 321020 (4 saluran hunting System)
Fax. (0272) 321104

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
SEMESTER I
TAHUN 2025

Jl.KRT Dr. SoeradjiTirtonegoro, No.1 KlatenJawa Tengah
Telp (0272)321020, Fax (0272)321104
Email : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
Website :www.rsupsoeradjitirtonegoro.co.id

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA SEMESTER I
RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN ANGGARAN 2025

DISAHKAN DI : KLATEN
PADA TANGGAL : 10 JULI 2025

DIREKSI
RS dr.SOERADJI TIRTONEGORO

Direktur Utama

dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT (K) Hip & Knee
NIP. 198006212009121002

Direktur Medik dan Keperawatan	Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
dr. Widodo Wirawan, MPH	Kasino, SE, MSi	dr. Cahya Dewi Satria, Sp.A(K)., M.Kes
NIP. 9197908132023051001	NIP. 197312121994031003	NIP.197402082008122002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah mencurahkan rahmat dan nikmatNya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2025 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategi Bisnis Tahun 2025-2029, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2025.

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan pada Semester I tahun 2025. Laporan kinerja ini merupakan laporan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis tahun 2025-2029. Sesuai (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, PerMenpan RB No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai bentuk pertanggungjawaban dan wujud transparansi terkait pelaksanaan tugas dan fungsi, alat penilaian kinerja serta pemacu peningkatan kinerja organisasi dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang baik.

Kami menyadari masih terdapat kekurangan-kekurangan dalam penyusunan LAKIP ini, untuk itu kami membutuhkan saran dan perbaikan guna penyempurnaan dimasa yang akan datang sehingga bisa mewujudkan visi, misi, tujuan dan sasaran yang ingin dicapai melalui program dan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2025 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur Utama



dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT (K) Hip & Knee
NIP. 198006212009121002

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Semester I Tahun 2025 merupakan laporan yang berisi informasi mengenai rencana dan capaian kinerja yang telah dicapai selama satu semester. Rencana kinerja dan capaian kinerja semester I tahun 2025 mengacu pada perencanaan kinerja dalam Rencana Strategis Bisnis RS dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029.

Berdasarkan pada 11 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 14 indikator kinerja, 8 indikator sudah berhasil dicapai, dan 6 indikator belum tercapai. Hal ini dapat disampaikan ringkasannya sebagai berikut:

1. Dari sasaran Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal; 1 indikator mencapai target.
2. Dari sasaran Terwujudnya layanan terbaik level Asia; 1 indikator mencapai target.
3. Dari sasaranTerwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal; 1 indikator mencapai target.
4. Dari sasaran Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit; 1 indikator belum mencapai target.
5. Dari sasaran Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan; 1 indikator belum mencapai target.
6. Dari sasaran Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK; 1 indikator mencapai target, 1 indikator belum mencapai target.
7. Dari sasaran Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel; 1 indikator mencapai target.
8. Dari sasaran Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien; 1 indikator mencapai target.
9. Dari sasaran Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten; 2 indikator mencapai target.
10. Dari sasaran Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan; 1 indikator mencapai target.
11. Dari sasaran Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya; 2 indikator belum mencapai target.

Dari hasil pengukuran 14 indikator kinerja terhadap target, dapat disimpulkan sebagi berikut:

1. Target dengan capaian realisasi diatas 100% sebanyak 8 Indikator.
2. Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 indikator.

Faktor penghambat capaian target kinerja semester I tahun 2025 adalah:

1. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jejaring Pengampuan Pelayanan Prioritas tidak tertera detail rumah sakit yang diampu;
2. Masih terbatasnya mitra peneliti eksternal yang melakukan uji klinis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro serta minimnya promosi ke institusi pendidikan atau industri farmasi sebagai potensi mitra;
3. Belum semua unit kerja dan pegawai terkait memahami indikator *Effectiveness Inde*x (TEI) serta adanya efisiensi anggaran yang mengakibatkan sdm belum bisa terakomodir semua untuk peningkatan kompetensi yang difasilitasi rumah sakit;
4. Pendapat masyarakat bahwa rumah sakit pemerintah dalam memberikan pelayanan masih kurang baik dibandingkan dengan rumah sakit swasta;
5. Proses relaksasi / buka blokir di semester pertama belum ada.

6. Adanya blokir anggaran dan pergantian PPK proyek IsDB

Kinerja Semester I tahun 2025 didukung dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 222.055.648.329,- atau terserap sebesar 38,41% dari total pagu anggaran tahun 2025 sebesar Rp. 578.169.074.000,- dan menggunakan sumber daya manusia sebesar 1292 pegawai.

Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja semester I tahun 2025, RSUP dr. Soeradji akan melakukan rencana tindak lanjut sebagai berikut :

1. Meningkatkan kompetensi pegawai dengan meningkatkan pendidikan formal dan merencanakan program pelatihan.
2. Membangun kerjasama yang sinergis antara Tim kerja Pelayanan dengan Tim Kerja Hukum dan Pemasaran serta meningkatkan promosi dan pemasaran RS melalui pelayanan kesehatan baik didalam RS maupun diluar RS.
3. Peningkatan kerjasama, koordinasi, integrasi dan sinkronisasi antar unit baik di jajaran fungsional maupun di jajaran manajerial.
4. Mendorong dan meningkatkan kompetensi tenaga medis melalui pelatihan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
5. Mempercepat pembangunan IT yang terintegrasi
6. Meningkatkan pendapatan dan kinerja pegawai dengan dibukanya pengembangan layanan- layanan berbasis kinerja yang didukung dengan IT.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i

RINGKASAN EKSEKUTIF ii

DAFTAR ISI iv

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG 1

B. ISU STRATEGIS 3

C. SISTEMATIKA LAPORAN KINERJA 10

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2020-2024 11

B. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2025-2029 18

C. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 20

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI 22

B. REALISASI ANGGARAN 39

C. PENGHARGAAN SEMESTER I TAHUN 2025 40

BAB IV PENUTUP

A. KESIMPULAN 41

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Periode tahun 2025-2029 merupakan tahapan pertama dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2025-2045, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2025-2029 akan mempengaruhi pencapaian target pembangunan RPJPN, di mana pendapatan per kapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (upper-middle income countries) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2025-2045, sasaran pembangunan jangka menengah 2025-2029 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Perencanaan program/rencana strategis dan pelayanan RS harus sejalan dengan visi, misi, dan rencana strategis Kementerian Kesehatan RI yaitu “Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045”. Sejalan dengan itu maka telah dirumuskan visi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2025-2029 yaitu “RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan”
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mengembangkan pelayanan Kanker Terpadu sebagai layanan unggulan. Layanan unggulan Rumah Sakit berupa layanan kanker terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RS dr Soeradji Tirtonegoro yang unggul dalam pelayanan. Hal ini mengingat terjadinya peningkatan kasus kanker yang sangat pesat di Indonesia khususnya di Jawa Tengah, namun untuk pelayanan kanker di Jawa Tengah masih terbatas dan antrian terapi yang panjang sehingga perlu dikembangkan pelayanan kanker secara paripurna guna memenuhi kebutuhan masyarakat.

Saat ini RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai rumah sakit vertikal berada pada level stratifikasi layanan kanker “madya” sehingga harus meningkatkan stratifikasi layanan kanker ke level “Utama/Paripurna” untuk dapat menjadi salah satu rujukan nasional untuk kelas kanker di Indonesia. Dengan mengembangkan layanan kanker terpadu sebagai salah satu layanan unggulan berkarakter satu atap dalam melakukan tatalaksanan kanker/onkology terpadu, terutama dengan mengembangkan layanan radioterapi, merupakan langkah yang sangat penting untuk menjadi Runah Sakit Rujukan Kanker Nasional. Pelayanan radioterapi sebagai bagian utama dari pelayanan kanker terpadu diharapkan dapat mengurangi waktu tunggu layanan radioterapi di wilayah Jawa Tengah bagian timur hingga tenggara yang saat ini lamanya lebih dari 3 (tiga) bulan sekaligus memeratakan distribusi beban pasien

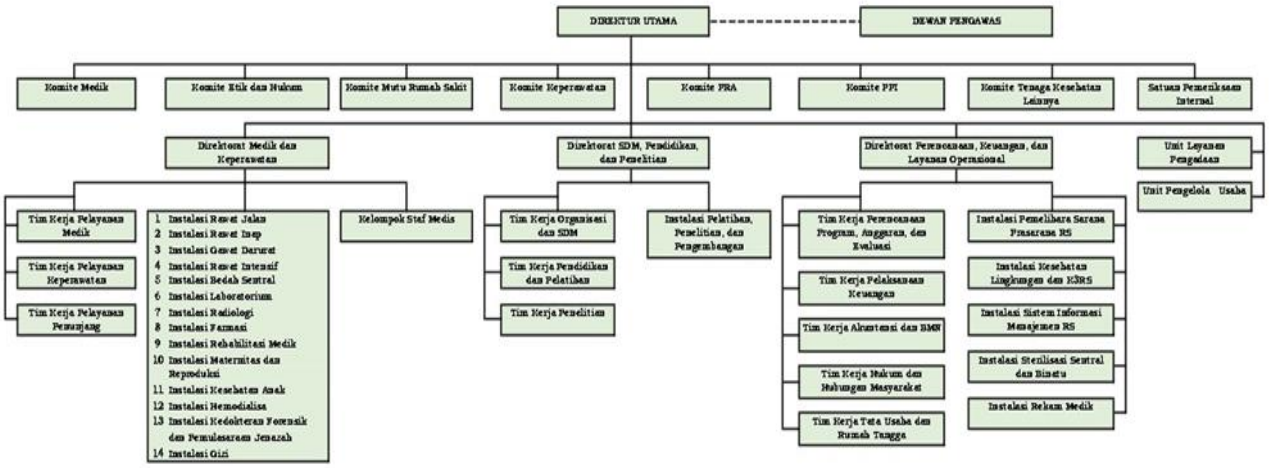
kanker rumah sakit vertikal. Disisi lain pelayanan kanker terpadu ini akan mempunyai tanggung jawab besar dalam memberikan penanganan kanker terbaik melalui pengembangan teknologi dan kapasitas sesuai permintaan dan kebutuhan masyarakat, sekaligus menjaga aksebilitas pelayanan kanker bagi seluruh lapisan masyarakat.

Kementerian Kesehatan sendiri juga memiliki program "Penguatan Rumah Sakit Rujukan Nasional melalui Proyek Pusat Onkologi" dengan memanfaatkan Pinjaman Luar Negeri dari Islamic Development Bank, sehingga RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mengambil kesempatan untuk menjadi pengembangan pusat onkology dengan gedung layanan yang direncanakan memiliki 2 bungker LINAC, layanan diagnosis terpadu, klinik kanker rawat jalan, serta ruang rawat inap dengan kapasitas 154 tempat tidur. Pembangunan Gedung Onkologi Terpadu dialokasikan dari Pembiayaan PHLN IsDB yang saat ini telah memasuki tahap pembangunan kontruksi yang diharapkan selesai pada tahun 2026.

Pengembangan Pusat Onkologi akan diikuti dengan pengambangan Pusat Maternal dan Pediatric, serta Pusat Jantung & Pembuluh Darah, belum termasuk pengembangan layanan dan fasilitas penunjang yang sesuai, tentunya hal ini memerlukan pengembangan dan pengadaan sarana, prasarana, peralatan serta sumber daya manusia yang memadai dan berkualitas.

Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten berdasarkan PerMenKes RI No.26/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terdiri atas tiga direktorat, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.1.

Gambar 1.1
Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten



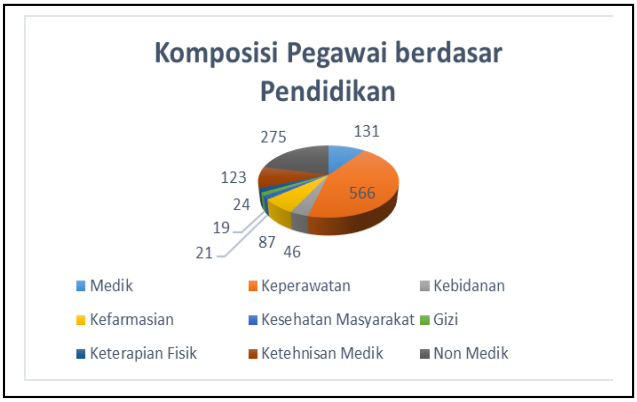
Struktur organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana tergambarkan di atas didukung oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) sebanyak 792 orang Pegawai Negeri Sipil (PNS dan CPNS) dan 265 orang Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian

Kerja (PPPK). Selain pegawai ASN juga didukung oleh 68 pegawai BLU Tetap dan 157 pegawai BLU Kontrak sehingga jumlah pegawai RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebanyak 1292 pegawai. Pegawai tersebut memiliki kompetensi di bidang kesehatan maupun bidang lain yang diperlukan seperti ekonomi, manajemen, keuangan, hukum, dan sebagainya.

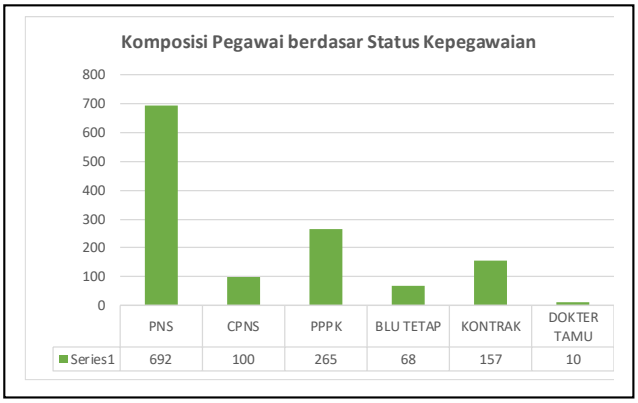
Untuk mendukung pencapaian tujuan RSUP dr. Soeradji diperlukan peningkatan kompetensi SDM sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan yang sangat pesat dari waktu ke waktu. Kegiatan peningatan kompetensi ini antara lain dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, pemagangan di rumah sakit lain, rotasi dan mutasi. Peningkatan kompetensi pegawai merupakan salah satu upaya strategis manajemen yang bertujuan untuk mengembangkan SDM dalam rangka meningkatkan kompetensi dan ketrampilan SDM dalam menunjang pelaksanaan tugasnya.

Data pegawai RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Grafik 1.1
Data Pegawai berdasarkan Pendidikan



Grafik 1.2
Data Pegawai berdasarkan Status Kepegawaian



B. Isu Strategis

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten saat ini sudah menjadi RS Kelas A berdasarkan SK Badan Koordinasi Penanaman Modal No.5/1/10/KES/PMDN/2018 yang diberi waktu s/d 5 tahun untuk mempersiapkan Sumber Daya yaitu kompetensi dan sarana prasarana yang memadai untuk kategori layanan kelas A. Kondisi ini adalah peluang bagi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk dapat memperluas dan meningkatkan layanan kepada masyarakat dari sisi kompleksitas pelayanan, namun sekaligus sebagai tantangan untuk menyiapkan SDM yang memenuhi persyaratan kompetensi dan pemenuhan sarana prasarana yang memadai untuk kategori kelas A.

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro juga terus melakukan peningkatan fasilitas kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan.

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (RSST) berencana mengembangkan pelayanan di bidang kanker dengan membangun gedung pusat layanan kanker dan Pengembangan rawat inap terpadu sebagai pusat pelayanan kanker yang meliputi pelayanan: pelayanan rawat jalan pelayanan rawat inap, diagnostik terpadu termasuk onkologi, kemoterapi, dan radioterapi

Gambar 1.2
Lokasi SITEPLAN Pembangunan gedung pusat layanan kanker terpadu



Beberapa sumber menyebutkan bahwa terdapat sekitar 190-200 ribu pasien baru setiap tahunnya dan hanya 15% saja yang dapat tertangani secara maksimal akibat minimalnya sentra pelayanan kanker. Radioterapi merupakan salah satu modalitas penting dalam penatalaksanaan kanker yang menggunakan radiasi sinar pengion, dimana lebih dari 50% penderita kanker akan membutuhkan radioterapi sebagai bagian dari penanganan penyakit mereka. Sejalan dengan rencana strategis Rumah Sakit Umum Pusat dr.Soeradji Tirtonegoro (RSST) Klaten menuju Rumah Sakit Umum Pusat Rujukan Nasional, RSST Klaten berupaya untuk meningkatkan pelayanan dengan membuka pelayanan prima yang bersifat one stop services dengan melakukan tatalaksana kanker/ onkologi terpadu. Dalam upaya mencapai rencana strategis tersebut, RSST Klaten sebagai RS vertikal tipe A yang telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional memiliki berbagai potensi dan siap mengembangkan diri untuk memberikan pelayanan sebagai pusat radioterapi. Radioterapi RSST Klaten diharapkan dapat bersaing dengan pusat radioterapi lainnya di Jawa Tengah dan DIY, serta dapat menjadi layanan unggulan di area Solo Raya (Boyolali, Karanganyar, Klaten, Sragen, Sukoharjo, Surakarta, Wonogiri) dan mempunyai tanggung jawab besar dalam memberikan pelayanan radiasi terbaik dengan pengembangan teknologi dan kapasitas sesuai kondisi dan kebutuhan masyarakat, serta menjaga aksesibilitas pelayanan radioterapi bagi seluruh lapisan masyarakat. Saat ini pelayanan pasien kanker yang memerlukan radiasi dilakukan dengan merujuk ke RS Indriati Solo Baru di Sukoharjo, RS Ken Saras di Kabupaten Semarang dan RSUD dr. Moewardi di Surakarta serta RSUP dr. Sardjito di Yogyakarta. Untuk pelayanan radiasi dengan LINAC (linear accelerator) merupakan sarana mesin radioterapi yang menggunakan sumber radiasi non-radioisotop, dengan maksud

mengurangi efek radiasi atau efek samping terhadap pasien dan petugas radioterapi. Selain itu pemilihan Linac (linear Accelerator) yang sumber energinya murni berasal dari tenaga listrik juga mengurangi resiko pengolahan limbah radioaktif di masa mendatang.

Menurut data BPS pada tahun 2023 jumlah penduduk di Jawa Tengah berkisar hampir 37 juta jiwa, sedangkan angka prevalensi kanker di Jawa Tengah pada tahun 2018 mencapai 2,11 % seperti terlihat pada tabel 1.1. Jumlah tersebut berada di atas angka prevalensi rata-rata di Indonesia yang sebesar 1,79 %. Di Kabupaten Klaten terdapat kurang lebih 1,1 juta penduduk, salah satu yang terbesar di antara 35 kabupaten dan kota yang ada di Jawa Tengah. Untuk distribusi jumlah penduduk disekitar wilayah kabupaten Klaten ditunjukkan pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.1 Distribusi Jumlah Penduduk sesuai data BPS 2023

No	Kabupaten	Jumlah Penduduk
1	Klaten	1.284.386
2	Sukoharjo	932.680
3	Wonogiri	1.051.085
4	Karanganyar	955.116
5	Sragen	997.485
6	Surakarta	526.870
7	Boyolali	1.090.129
8	Salatiga	198.920
9	Gunung Kidul	786.023
10	Sleman	1.300.361
T O T A L		9.123.055

Menurut hasil Riskesdas 2018 juga dinyatakan bahwa hanya sebanyak 22 % pasien pengidap kanker yang menempuh pengobatan menggunakan radiasi (radioterapi) di Jawa Tengah yang data lengkapnya dapat dilihat pada tabel 1.2 dibawah ini, terlihat pembedahan/operasi masih menjadi metode pengobatan yang paling banyak digunakan di provinsi Jawa Tengah.

Tabel 1.2. Proporsi Jenis Pengobatan Kanker

Proporsi Jenis Pengobatan Kanker berdasarkan Diagnosis Dokter pada Penduduk Semua Umur menurut Provinsi, Riskesdas 2018

Provinsi	Jenis pengobatan kanker (%)				N Tertimbang
	Pembedahan/operasi	Radiasi/penyinaran	Kemoterapi	Lainnya	
Aceh	66,6	24,3	19,1	26,8	42*
Sumatera Utara	48,5	14,9	25,3	30,0	88
Sumatera Barat	58,0	17,4	20,4	29,2	52
Riau	70,1	17,5	22,7	21,4	45*
Jambi	92,1	19,8	31,3	21,9	19*
Sumatera Selatan	60,4	14,0	19,1	30,2	51
Bengkulu	75,6	24,1	21,0	20,0	11*
Lampung	68,0	10,5	24,9	23,4	46*
Bangka Belitung	21,0	12,4	9,5	63,1	9*
Kepulauan Riau	77,2	13,3	25,9	11,1	16*
DKI Jakarta	66,4	25,2	25,8	31,3	96
Jawa Barat	62,8	14,7	35,8	20,6	270
Jawa Tengah	68,0	22,1	26,6	21,2	287
DI Yogyakarta	71,8	19,5	23,4	20,9	73
Jawa Timur	65,1	14,1	24,9	20,7	339
Banten	44,3	32,1	21,1	21,0	69
Bali	63,4	20,2	41,8	15,4	38*
Nusa Tenggara Barat	71,7	19,6	7,5	25,6	17*
Nusa Tenggara Timur	29,8	10,2	11,9	59,4	32*
Kalimantan Barat	49,2	11,2	12,8	32,9	31*
Kalimantan Tengah	52,9	5,7	12,7	25,7	14*
Kalimantan Selatan	41,9	21,3	21,8	9,8	35*
Kalimantan Timur	41,4	16,6	34,0	31,6	21*
Kalimantan Utara	60,2	0,1	4,6	31,6	6*
Sulawesi Utara	30,6	24,8	19,4	27,2	17*
Sulawesi Tengah	50,9	3,6	18,7	26,3	26*
Sulawesi Selatan	62,1	6,4	10,3	34,1	55
Sulawesi Tenggara	58,0	4,9	18,3	46,0	14*
Gorontalo	70,2	1,8	9,0	17,4	11*
Sulawesi Barat	65,7	36,1	13,1	8,0	8*
Maluku	55,6	11,6	11,6	35,1	6*
Maluku Utara	59,9	16,9	13,8	0,0	5*
Papua Barat	60,3	0,9	0,6	45,6	5*
Papua	61,9	39,2	28,8	21,7	21*
INDONESIA	**61,8**	**17,3**	**24,9**	**24,1**	**1.872**

*N Tertimbang <50

Sedangkan untuk data Kunjungan pasien kanker klinik rawat Jalan pada tahun 2019 – 2020 disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1.3 Data Kunjungan Pasien Rawat Jalan Dengan Diagnosa Kanker
Tahun 2023

No	Poliklinik	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan												
		Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	TOTAL
1	KLINIK BEDAH ONKOLOGI	33	38	40	29	39	47	44	59	34	33	43	37	**476**
2	KLINIK HEMATOLOGI DAN ONKOLOGI MEDIK (HOM)	20	12	18	20	18	23	27	47	37	34	37	51	**344**
3	KLINIK OBSGYN ONKOLOGI GINEKOLOGI	12	6	15	12	22		33	27	20	23	28	26	**224**
4	KLINIK PARU ONKOLOGI TORAKS	6	7	8	13	12		15	21	18	17	9	5	**131**
5	KLINIK BEDAH UROLOGI	9	11	12	8	7	11	9	7	14	9	17	7	**121**
6	KLINIK BEDAH DIGESTIVE	8	7	3	2	7	15	17	1	6	18	14	7	**105**
7	KLINIK PARU		5	5	2	5	7	10	11	7	5	8	5	**70**
8	KLINIK PENYAKIT DALAM	1	1	8	7	3		1	1		5	5	2	**34**
9	KLINIK THT	1	4	1	4	5	3	1		1	3	3	5	**31**
10	KLINIK OBSGYN	2				2	2	3	2	4	2	3	4	**24**
11	KLINIK ONKOLOGI GINEKOLOGI						18							**18**
12	KLINIK ONKOLOGI TORAKS						17							**17**
13	KLINIK BEDAH SYARAF									1	1	3	1	**6**
14	KLINIK BEDAH UMUM	1			3		1			1				**6**
15	KLINIK SARAF			1	2			1	1					**5**
16	KLINIK BEDAH ORTOPEDI	1	2	1										**4**
17	KLINIK GIGI BEDAH MULUT		2		1	1								**4**
18	KLINIK TB DOTS										1	1	2	**4**
19	KLINIK BEDAH PLASTIK		1							1			1	**3**
20	KLINIK BEDAH THORAKS, KARDIAK & VASKULER (BTKV)				1								1	**2**
21	KLINIK EKSEKUTIF TIRTA CENDANA									1	1			**2**
22	KLINIK GERIATRI	1										1		**2**
23	KLINIK KEMOTERAPI											1	1	**2**
24	KLINIK BEDAH ANAK			1										**1**
25	KLINIK BEDAH VASKULAR DAN ENDOVASKULAR				1									**1**
26	KLINIK GINJAL HIPERTENSI			1										**1**
27	KLINIK JANTUNG						1							**1**
28	KLINIK KULIT DAN KELAMIN		1											**1**
29	KLINIK OBSGYN FERTILITAS									1				**1**
	Jumlah	**95**	**97**	**114**	**105**	**121**	**145**	**161**	**177**	**146**	**152**	**173**	**155**	**1641**

Tabel 1.4 Data Kunjungan Pasien Rawat Jalan Dengan Diagnosa Kanker
Tahun 2024

No	Poliklinik	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat Jalan												
		Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	TOTAL
1	KLINIK BEDAH ONKOLOGI	41	45	39	46	84	50	65	32	39	49	32	33	555
2	KLINIK OBSGYN ONKOLOGI GINEKOLOGI	17	28	20	15	21	13	13	13	23	22	17	22	224
3	KLINIK PARU ONKOLOGI TORAKS	12	14	26	55	63	21	16	15	20	21	23	21	307
4	KLINIK HEMATOLOGI DAN ONKOLOGI MEDIK (HOM)	29	38	47	109	129	36	18	16	29	18	24	18	511
5	KLINIK BEDAH DIGESTIVE	16	13	6	9	7		6	6	3	4	4	5	79
6	KLINIK BEDAH UROLOGI	5	6	11	8	8	2	8	4	6	8	5	3	74
7	KLINIK KEMOTERAPI					1			1	4	1	4	3	14
8	KLINIK PARU	2	11	3	7	13	7	4	4	10	6	3	2	72
9	KLINIK TB DOTS					1		1					2	4
10	KLINIK THT	3	3	2	2	5		2	2	1		2	2	24
11	KLINIK BEDAH SYARAF	1			1	2	2	1		1	1	1	1	11
12	KLINIK GIGI BEDAH MULUT			1		1		1			1		1	5
13	KLINIK SARAF		2			1							1	4
14	KLINIK BEDAH ANAK				1									1
15	KLINIK BEDAH ORTOPEDI	1	1											2
16	KLINIK BEDAH PLASTIK	1		1		1						1		4
17	KLINIK BEDAH THORAKS, KARDIAK & VASKULER (BTKV)							1						1
18	KLINIK BEDAH UMUM		2	1		2	1	1				1		8
19	KLINIK BEDAH VASKULAR DAN ENDOVASKULAR						1							1
20	KLINIK EKSEKUTIF TIRTA CENDANA	1												1
21	KLINIK GERIATRI						1							1
22	KLINIK GIGI PERIODONTI					1								1
23	KLINIK OBSGYN	3	4		1	1	2	1	1	3		2		18
24	KLINIK OBSGYN FERTILITAS					2			2					4
25	KLINIK PENYAKIT DALAM	2	1	6	3	3	1		1	5		1		23
26	KLINIK RADIOLOGI INTERVENSI	2		1			1		1		1			6
	Jumlah	**136**	**168**	**164**	**257**	**346**	**138**	**138**	**98**	**144**	**132**	**120**	**114**	**1955**

Tabel 1.5 Data 15 Besar Kasus Pasien Kanker Rawat Jalan Tahun 2023-2024

No	Diagnosa	2023		2024	
		Kasus Baru	Kunjungan	Kasus Baru	Kunjungan
1	Malignant neoplasm of breast, unspecified	414	540	263	361
2	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified	222	393	114	210
3	Malignant neoplasm of ovary	122	142	123	186
4	Malignant neoplasm of bladder, unspecified	45	68	80	140
5	Non-Hodgkin s lymphoma, unspecified type	79	190	67	123
6	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	39	48	65	81
7	Malignant neoplasm of rectum	33	54	43	73
8	Malignant neoplasm of thyroid gland	25	40	40	65
9	Liver cell carcinoma	17	30	23	47
10	Multiple myeloma	26	56	20	42
11	Chronic myeloid leukaemia	11	53	11	39

No	Diagnosa	2023		2024	
		Kasus Baru	Kunjungan	Kasus Baru	Kunjungan
12	Malignant neoplasm of endometrium	49	63	24	38
13	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified			20	31
14	Malignant neoplasm of colon, unspecified	26	40	18	30
15	Acute myeloid leukaemia	35	43	23	27
16	Malignant neoplasm of prostate	22	27		
	Jumlah	**1165**	**1787**	**934**	**1493**

Tabel 1.6 Data 15 Besar Kasus Pasien Kanker Rawat Inap tahun 2023-2024

No	Diagnosa	2023		2024	
		Kasus Baru	Kunjungan	Kasus Baru	Kunjungan
1	Malignant neoplasm of breast, unspecified	187	16	178	29
2	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified	118	22	108	21
3	Malignant neoplasm of ovary	60	3	85	9
4	Malignant neoplasm of bladder, unspecified	42	7	62	5
5	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	26	0	57	6
6	Malignant neoplasm of rectum	27	4	41	8
7	Liver cell carcinoma	18	8	35	10
8	Malignant neoplasm of thyroid gland	20	3	30	1
9	Non-Hodgkin s lymphoma, unspecified type	19	5	25	6
10	Acute myeloid leukaemia	31	6	25	7
11	Malignant neoplasm of endometrium	39	3	22	1
12	Malignant neoplasm of prostate			20	2
13	Secondary malignant neoplasm of pleura			19	6
14	Malignant neoplasm of nasopharynx, unspecified	18	0	19	2
15	Secondary malignant neoplasm of brain and cerebral	19	3	18	2
16	Multiple myeloma	24	1		
17	Malignant neoplasm of brain, unspecified	22	4		
	Jumlah	**670**	**85**	**744**	**115**

Data-data dalam tabel tersebut memperlihatkan bahwa kebutuhan pembangunan gedung pusat pelayanan kanker secara komprehensif dan terpadu terhadap pasien-pasien kanker di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sangat dibutuhkan dan diharapkan dapat segera terealisasi. Dalam upaya mewujudkan pengembangan gedung pusat layanan kanker dan rawat inap terpadu termasuk didalamnya Instalasi Radioterapi dan peralatan pendukung pelayanan radioterapi serta alat kedokteran lainnya, sehingga sistem rujukan berjenjang dapat terwujud dan dapat mengoptimalkan cakupan secara geografis maupun kapasitas. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk alokasi anggaran biaya pembangunan infrastruktur dan pengadaan sarana dan prasarana medik canggih difasilitasi oleh Lembaga keuangan multilateral Islamic Development Bank (IsDB) atau Bank Pembangunan Islam telah memiliki kantor perwakilan di Indonesia, yang berlokasi di office 8 building, kawasan Sudirman Central Business District (SCBD), Jakarta Selatan.

C. Sistematika Laporan Keuangan

1. Bab I Pendahuluan
   Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issue) yang sedang dihadapi organisasi.

2. Bab II Perencanaan Kinerja
   Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Kementerian Kesehatan Semester 1 Tahun 2025.

3. Bab III Akuntabilitas Kinerja
   a. Capaian Kinerja Organisasi

      Sub bab ini menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi.
   b. Realisasi Anggaran

      Sub bab ini menguraikan tentang realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.
4. Bab IV Penutup
   Bab ini menguraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

BAB II
PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024

Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan.

Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2025-2045, Presiden terpilih sebagaimana tertuang dalam RPJMN 2020-2024 telah menetapkan Visi Presiden 2020-2024: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”.

Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”. Sejalan dengan itu maka telah dirumuskan visi RSUP dr Soeradji Tirtonegoro dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2020-2024 yaitu “Unggul dalam Pelayanan Publik”

Unggul	: Lebih tinggi (pandai, baik, cakap, kuat, awet dsb) daripada yang lain; utama
Pelayanan Publik	: segala bentuk jasa pelayanan, baik dalam bentuk barang publik maupun jasa publik yang pada prinsipnya menjadi tanggungjawab dan dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah dan di lingkungan BUMN/BUMD, dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan

Visi tersebut diwujudkan melalui misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang mengedepankan mutu dan keselamatan pasien yang bercirikan smart and inteligent hospital;
2. Meningkatkan pendidikan kedokteran, keperawatan, dan tenaga kesehatan lain serta penelitian translasional;
3. Meningkatkan kepuasan pelayanan publik melalui zona integritas;
4. Meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui Academic Health System (AHS) Universitas Gadjah Mada (UGM)

Misi ini menjadi pendorong dan semangat kerja seluruh pimpinan maupun karyawan rumah sakit untuk menghadapi persaingan yang semakin keras dan untuk meraih cita-cita.

Utuk mewujudkan Visi dan melaksanakan Misi diatas, maka RSUP dr.Soeradji menetapkan tujuan yang akan dicapai selama periode 2020-2024 sebagai berikut:

1. Terwujudnya pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang berorientasi pada kepuasan pelayanan publik

2. Terwujudnya RS yang unggul dalam pelayanan kanker terpadu dan pelayanan pediatric terpadu

Adapun rancangan peta *strategi balanced scorecard (BSC)* yang sudah disesuaikan dengan Revisi Renstra Kemenkes sesuai dengan PerMenKes Nomor 23 tahun 2022 dan keterkaitannya sebagai berikut:

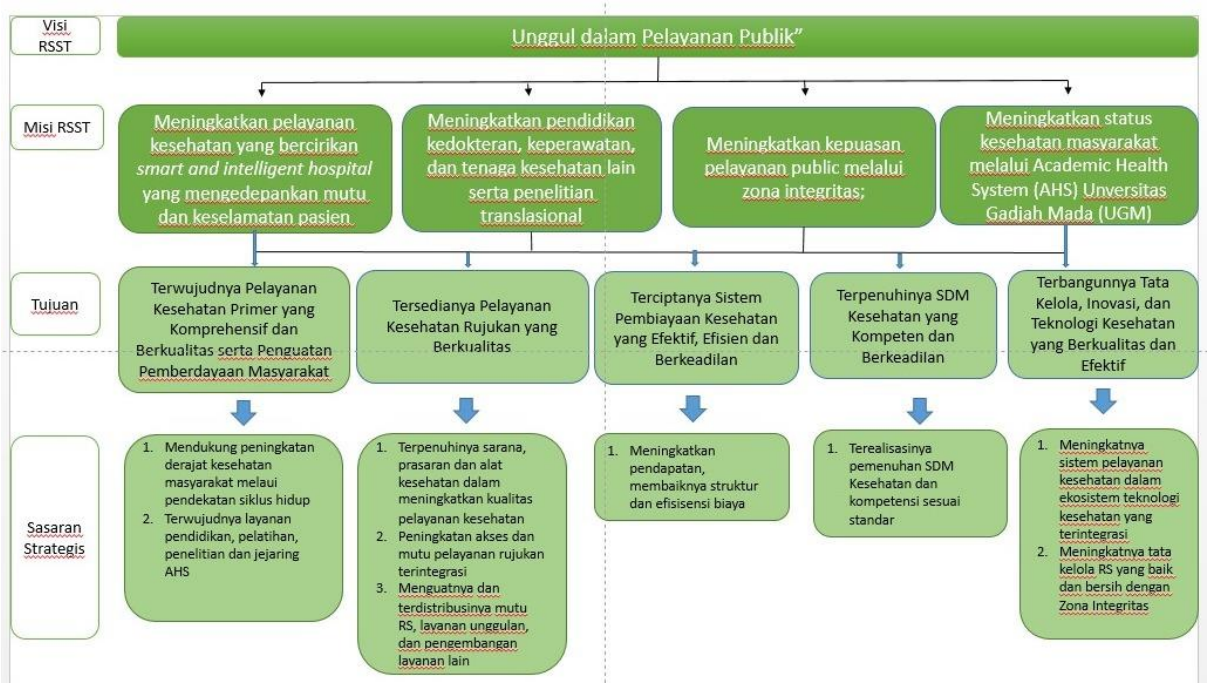
Tabel 2.1
Tujuan dan Sasaran Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024

Tujuan		Sasaran Strategis	
1	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	1.1	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melaui pendekatan siklus hidup
		1.2	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS
2	Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas	2.1	Terpenuhinya sarana, prasaran dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
		2.2	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi
		2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
3	Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan	3.1	Meningkatkan pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya
4	Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan	4.1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar
5	Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif	5.1	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi
		5.2	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas

Gambar 2.1
Peta Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



Gambar 2.1
Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Tahun 2020-2024



Untuk mencapai Visi, Misi dan Tujuan dari RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro hingga tahun 2024, dirumuskan indikator sasaran strategis yang akan menjadi ukuran pencapaian tujuan dan kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

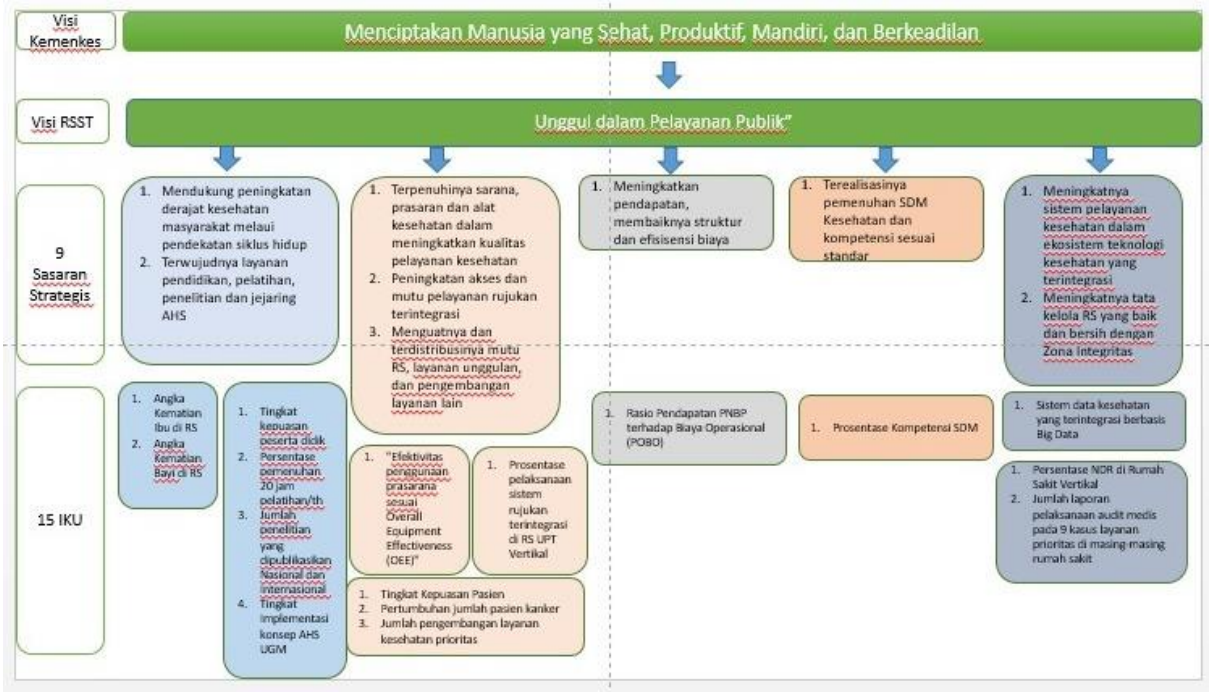
Tabel 2.2
Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2020-2024

Tujuan		Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis
1	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	1.1	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melaui pendekatan siklus hidup	- Angka Kematian Ibu di RS - Angka Kematian Bayi di RS
		1.2	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	- Tingkat kepuasan peserta didik - Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th - Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional - Tingkat Implementasi konsep AHS UGM
2	Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas	2.1	Terpenuhinya sarana, prasaran dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	- Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)
		2.2	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	- Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
		2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	- Tingkat Kepuasan Pasien - Pertumbuhan jumlah pasien kanker - Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas
3	Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan	3.1	Meningkatkan pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya	- Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)
4	Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan	4.1	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar	- Prosentase Kompetensi SDM
5	Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan	5.1	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	- Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data

Tujuan		Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis
yang Berkualitas dan Efektif	5.2	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	- Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI

Cascading kinerja sasaran dan indikator kinerja Kementerian Kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2
Cascading Kinerja Renstra RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro 2020-2024
(yang sudah disesuaikan dengan Permenkes No.13 Th 2022)



Pada tahun 2024 ada penambahan indikator Direktif UPT Vertikal dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, untuk RS vertikal Umum terdapat penambahan 7 indikator sasaran strategis dengan 20 indikator direktif, sehingga total indikator tahun 2024 ada 16 sasaran strategis yang didukung dengan 35 indikator kinerja.

Tabel 2.2
Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Tahun 2024

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja
1	Mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat melaui pendekatan siklus hidup	- Angka Kematian Ibu di RS - Angka Kematian Bayi di RS
2	Terwujudnya layanan pendidikan, pelatihan, penelitian dan jejaring AHS	- Tingkat kepuasan peserta didik - Persentase pemenuhan 20 jam pelatihan/th - Jumlah penelitian yang dipublikasikan Nasional dan Internasional - Tingkat Implementasi konsep AHS UGM
3	Terpenuhinya sarana, prasaran dan alat kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	- Efektivitas penggunaan prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE)
4	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	- Prosentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
5	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	- Tingkat Kepuasan Pasien - Pertumbuhan jumlah pasien kanker - Jumlah pengembangan layanan kesehatan prioritas
6	Meningkatkan pendapatan, membaiknya struktur dan efisisensi biaya	- Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)
7	Terealisasinya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar	- Prosentase Kompetensi SDM
8	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi	- Sistem data kesehatan yang terintegrasi berbasis Big Data
9	Meningkatnya tata kelola RS yang baik dan bersih dengan Zona Integritas	- Persentase nilai faktor pengungkit dan faktor hasil ZI
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	- Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal - Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja
11	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	- Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN
12	RPJMN	- Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit - Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal.
13	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	- Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan
14	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	- RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional - Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien - Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan - Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis - Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
15	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	- Prosentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar. - Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
16	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	- % Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target - Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan - Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU - Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni - Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU - Persentase nilai EBITDA Margin :

B. Rencana Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029

Visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

RSUP dr Soeradji Tirtonegoro dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2025-2029 yaitu "RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan" selaras dengan visi Kementerian Kesehatan 2025-2029, yaitu Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045.

Misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Dalam rangka mencapai terwujudnya Visi RSB 2025-2029, diwujudkan melalui misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai berikut:

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan;
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
5. Memberikan pengampuan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yangn berkualitas, inovatif dan implikatif.

Tujuan Kementerian/Lembaga

Dalam rangka pencapaian visi, ditetapkan 3 tujuan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk 5 tahun kedepan yaitu

1. Menjadi RS yang memberikan layanan terbaik Level Asia
2. Sebagai RS Pengampu Layanan Prioritas
3. Menjadi Pusat / Penyelenggara Pendidikan dan Penelitian

Sasaran Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Upaya mencapai visi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ditengah berbagai permasalahan yang ada memerlukan sasaran dan upaya yang jelas. Sasaran strategis mewujudkan tujuan-tujuan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yaitu (berdasarkan RSB 2025-2029) sebagai berikut:

Tabel 2.3
Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029

Tujuan		Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis
1	Menjadi RS yang memberikan layanan terbaik Level Asia	1.1	Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
		1.2	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)

		1.3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
		1.4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU Maturity Rating
		1.5	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
		1.6	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran
				Realisasi Anggaran
		1.7	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed Occupancy Rate / BOR
		1.8	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates
				% standar klinis yang tercapai
		1.9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat kepuasan pegawai
2	Sebagai RS Pengampu Layanan Prioritas	2.1	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target
3	Menjadi Pusat / Penyelenggara Pendidikan dan Penelitian	3.1	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Berdasarkan sasaran strategis Rencana Strategis Bisnis tahun 2025-2029 pada table diatas, dapat disusun peta strategis. Adapun rancangan peta strategis balanced scorecard (BSC) sebagai berikut:

Gambar 2.1
Peta Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029



C. Perjanjian Kinerja Tahun 2025

Perjanjian Kinerja merupakan amanat dari Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Dokumen Perjanjian Kinerja merupakan dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja.

Penjabaran Renstra RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro ke dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5
Perjanjian Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025
1.	Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%
2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	78
3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%
4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%
5.	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU *Maturity Rating*	Level 3
7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	*Bed Occupancy Rate / BOR*	70%
8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	*Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*	< 1.0 ‰
		% standar klinis yang tercapai	80%
9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Clus.III: 10%
10.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat kepuasan pegawai	76,61
		Training effectiveness index	70%
11	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		Realisasi Anggaran	95%

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2025 sebesar Rp.578.169.074.000,- yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan & JKN sebesar Rp.515.020.077.000.- dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 63.148.997.000,-

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja merupakan kegiatan untuk membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan rencana tingkat capaian (target) dan standar pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Pengukuran kinerja juga memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Penetapan Kinerja. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindak lanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dari perencanaan jangka menengah, dan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025-2029 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. Indikator Capaian kinerja pada tahun 2025 berbeda dengan indikator capaian kinerja pada tahun 2024, sehingga indikator capaian kinerja tidak bisa diperbandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja secara terperinci diuraikan untuk tiap-tiap indikator pada masing-masing sasarannya yang telah ditetapkan pada RSB 2025-2029.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tahun 2025 dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Capaian kinerja yang diukur adalah dengan membandingkan realisasi dengan target. Berikut tabel capaian IKU semester I tahun 2025:

Tabel 3.1 Capaian IKU Semester I Tahun 2025

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi	% Realisasi
1	EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto)	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	8%	800%
2	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	78	89,62%	115%
3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	0	0%
4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	19,12%	19,12%
5.	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	66%	264%
6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU Maturity Rating	Level 3	4,38	146%

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi	% Realisasi
7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed Occupancy Rate / BOR	70%	75,50%	107,86%
8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	< 1.0 ‰	0.69‰	145%
		% standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%
9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Clus.III : 10%	7%	70%
10.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat kepuasan pegawai	76,61	81,08	106%
		Training effectiveness index	70%	16,00%	22,86%
11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	52,44	65,47%
		Realisasi Anggaran	95%	38%	40,43%

3.1. Sasaran Strategis 1: Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 1 sebagai berikut:

Tabel 3.2
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1:
Pengelolaan Keuangan yang andal

	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Capaian Smt 1 2025	% Realisasi
1	EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	8%	800%

3.1.1 EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto)

EBITDA margin merupakan salah satu indikator keuangan yang dipergunakan untuk mengetahui seberapa baik rumah sakit menghasilkan rasio surplus dari kegiatan operasional dan non operasional /lain-lain, yang berpotensi menjadi kas, sehingga dapat diketahui apakah rumah sakit telah atau belum mampu mandiri dengan standar margin yang ditetapkan.

Definisi operasional yang digunakan untuk mengukur EBITDA margin adalah EBITDA dibagi dengan Pendapatan operasional netto kali 100%.

Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit vertikal untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).

Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidentil dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT.

Tabel 3.3
Realisasi Kinerja Indikator EBITDA margin (1% terhadap pendapatan

operasional netto)

Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja	
		Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	8%	800%

Realisasi Ebitda margin semester I sebesar 10%. Dibandingkan dengan target 1% maka persentase realisasi kinerja terhadap target sebesar 800% (indikator tercapai)
Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto) antara lain:

- Efisiensi Belanja dan peningkatan pendapatan

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Belum lolos verifikasi oleh BPJS

Kendala pencapaian target adalah

- Kualitas Klaim yang belum 100%, sehingga pendapatan belum maximal

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Meningkatkan efisiensi sesuai Surat Edaran
- Mentaati anggaran sesuai program

3.2. Sasaran Strategis 2: Terwujudnya layanan terbaik level Asia

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya layanan terbaik level Asia diturunkan pada satu indikator kinerja yaitu Skor kepuasan pelanggan (CAST)

3.2.1 Skor Kepuasan Pelangggan (CAST)

Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk dan tidak terbatas pada: Poliklinik; rawat inap; IGD; dan Laboratorium

Dalam mengukur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM), pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.

Metode Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei).

Tabel 3.4
Realisasi Kinerja Skor Kepuasan Pelangggan (CAST)

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CAST)	78	89.62	115%

Realisasi Skor Kepuasan Pelanggan (CAST) semester I tahun 2025 sebesar 89,62. Dibandingkan dengan target sebesar 78, maka persentase realisasi semester I tercapai 115% (indikator tercapai).

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target Skor Kepuasan Pelanggan (CAST) antara lain:

- Program edukasi dan sosialisasi survei kepuasan.
- Program reward dan apresiasi pasien.
- Program monitoring dan evaluasi survei.

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Penolakan pengisian survei oleh pasien dan pengunjung rumah

Kendala/ masalah pencapaian target adalah

- Pasien dan pengunjung rumah sakit yang rutin melakukan pemeriksaan setiap bulannya merasa terlalu sering melakukan penilaian / mengisi lembar survei.

Faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Memberikan reward dan apresiasi kepada pasien /responden

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Melakukan edukasi tujuan dan manfaat.
- Memberikan reward kecil seperti stiker, voucher diskon kantin, atau poin loyalitas.
- Membuat sistem “pengisi survei terbaik” setiap bulan dengan hadiah simbolis.

3.3. Sasaran Strategis 3: Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas diturunkan pada satu indikator kinerja yaitu indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target. Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu.

3.3.1. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target

Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Rumus: (rumah sakit yang berhasil diampu ÷ jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu) x 100%

Tabel 3.5
% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50	0	0

Realisasi % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target tercapai 0%. Dibandingkan dengan target sebesar 50, maka persentase realisasi semester I tercapai 0% (belum tercapai). Indikator ini belum bisa dihitung capaiannya karena dalam acuan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jejaring Pengampuan Pelayanan Prioritas tidak tertera detail rumah sakit yang diampu.

3.4. Sasaran Strategis 4: Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan diturunkan pada satu indikator kinerja yaitu % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian. Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit.

3.4.1. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN. Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022.

Rumus : (total pendapatan dari semua penelitian ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%

Tabel 3.6
% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	19.12%	19.12%

- ✓ Target pendapatan tahun 2025 sebesar Rp 440.000.000.000,-
- ✓ % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian sebesar 1% dari target pendapatan Tahun 2025 sebesar Rp 4.400.000.000,-
- ✓ 100% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian sebesar Rp 4.400.000.000,-

Realisasi % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian tercapai sebesar 19.12%, angka tersebut diperoleh dari prosentase capaian pendapatan penelitian dibandingkan dengan 1% dari target pendapatan tahun 2025. Pendapatan penelitian semester I sebesar Rp 841.415.919,- (19.12%) dan target pendapatan sebesar Rp 4.400.000.000,- .

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian antara lain:

- Penawaran paket kerja sama penelitian yang mencakup rekrutmen subjek, analisis data, dan publikasi
- Registry berbasis elektronik di setiap departemen/ KSM
- Komite Etik penelitian

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Dampak efisiensi anggaran dan beberapa sponsor mengalihkan dana penelitian ke rumah sakit akademik besar atau luar negeri

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Masih terbatasnya mitra peneliti eksternal yang melakukan uji klinis di RS
- Minimnya promosi ke institusi pendidikan atau industri farmasi sebagai potensi mitra.

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Menjalin kemitraan aktif dengan universitas, lembaga riset, dan produsen alat kesehatan atau farmasi.
- Menyusun MoU baru dengan institusi yang potensial melakukan kolaborasi riset
- Revitalisasi program penelitian dan menyusun portofolio penelitian unggulan (MCU berbasis riset, layanan uji farmasi, HTA dll).

3.5. Sasaran Strategis 5: Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal diturunkan pada satu indikator kinerja yaitu indikator % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS). Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back office.

3.5.1. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS)

Indikator % penerapan sistem informasi rumah sakit (HIS) mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi yang mencakup:

Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)

Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)

Persentase integrasi sistem inventory2 : (W: 20%)

Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS3: (W: 20%)

Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS4: (W: 20%)

Rumus Perhitungan sebagai berikut: (Σ (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW)+(**ExW))

Tabel 3.7
% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS)

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS)	25	65,98	264%

Realisasi % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) tercapai 65.98%. Dibandingkan dengan target sebesar 25, maka persentase realisasi semester I tercapai sebesar 264%. Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) antara lain:

- Uji coba dan implementasi modul aplikasi yang telah diselesaikan

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Terdapat aplikasi yang belum selesai atau belum dikembangkan karena menyesuaikan urutan dan prioritas pengembangan

Kendala pencapaian target adalah

- Pada pengiriman data pasien masih dijumpai NIK yang tidak terdaftar di SatuSehat
- Sistem inventory belum terintegrasi dengan ERP
- Sistem HRIS dan Remunerasi belum terintegrasi dengan ERP
- Sistem finance yang terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan (SAK dan SAP) masih dalam tahap pengembangan.

Faktor pendukung pencapaian target adalah

- Terdapat beberapa aplikasi yang sudah dikembangkan terlebih dahulu dan sudah berjalan.

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Percepatan proses pengembangan aplikasi serta komunikasi lebih aktif dengan PIC

3.6. Sasaran Strategis 6: Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel diturunkan pada 1 indikator kinerja yaitu BLU Maturity Rating.

3.6.1. BLU Maturity Rating

RSV mengukur BLU Maturity Rating merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan.Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan trend capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif.

Pada result based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.

Pada process-based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas

internal, aspek tata Kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan. Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:

Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing

Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas.

Tabel 3.8
BLU Maturity Rating

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	BLU Maturity Rating	Level 3	Level 4.38	146%

Hasil penilaian maturity rating Rumah Sakit Soeradji Tirtonegoro Tahun 2024 mendapatkan nilai sementara sebesar 4,38 yang artinya mengalami kenaikan sebesar 1,38 poin dibandingkan target. Skor maksimal penilaian BLU maturity rating rumah sakit adalah sebesar level 5.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai antara lain:

- Dilakukan kegiatan sosialisasi kepada unit kerja untuk maturity rating

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Belum pahamnya tim matrat untuk kelengkapan dokumen yang harus diupload

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Kelengkapan dokumen per indikator harus seperti apa, belum ada panduan yang jelas.

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Berkoordinasi aktif dengan tim verifikasi BLU Maturity Rating

3.7. Sasaran Strategis 7: Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien diturunkan pada 1 indikator kinerja yaitu Bed Occupancy Rate / BOR.

3.7.1. Bed Occupancy Rate / BOR

Bed Occupancy Rate adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. BOR dirumuskan dengan [Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%.

Tabel 3.9
Bed Occupancy Rate / BOR

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Bed Occupancy Rate / BOR	70%	75.50%	107,86%

Realisasi BOR semester I tahun 2025 sebesar 75.50%, angka tersebut melebihi target yang ditetapkan sebesar 70%dan sesuai standar nasional penggunaan BOR tempat tidur rawat inap (60-85%). Persentase realisasi capaian BOR semester I sebesar 107,86%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Bed Occupancy Rate / BOR antara lain:

- Optimalisasi pelaksanaan H-1

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Jumlah kapasitas TT terbatas

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Masih ada beberapa ruangan angka capaian BOR tinggi (> 85%), terutama layanan untuk kelas III
- Angka capaian BOR VIP masih rendah

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Melengkapi layanan SDM dan sarana pelayanan yang belum tercapai
- Penambahan jumlah kapasitas Tempat Tidur Kelas III
- Penerapan perawatan pasien berorientasi pada clinical pathway
- Untuk meningkatkan capaian BOR VIP perlu dilakukan upaya promosi terkait dengan layanan VIP dan layanan Unggulan Rumah sakit, khususnya untuk daerah Klaten dan sekitarnya, serta terus menerus melakukan opsi kerjasama dengan pihak asuransi non JKN.

3.8. Sasaran Strategis 8: Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten diturunkan pada 2 indikator kinerja yaitu *Healthcare Associated Infections* (HAIs) rates dan % standar klinis yang tercapai.

3.8.1. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

Surveillance HAIs merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:

A. CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)

B. VAP (Ventilator Associated Pneumonia)

C. CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU

D. SSI (Surgical Site Infection) - dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau Total Hip Replacement), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara

Tabel 3.10
Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	< 1.0 ‰	0,69 ‰	145%

Realisasi capaian indikator HAIs semester I tahun 2025 sebesar 0,69‰. Angka tersebut mencapai target yang ditetapkan sebesar < 1.0 ‰ sehingga persentase realisasi capaian HAIs semester I sebesar 145%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian *Healthcare Associated Infections (HAIs)* rates antara lain:

- Re sosialisasi bundles HAIs
- IHT terkait Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Pertahankan penerapan Bundles HAIs (ISK, VAP, IADP, dan IDO)
- Pelaksanaan surveilans terus dilakukan dan ditingkatkan
- Mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan pelaksanaan kewaspadaan isolasi (standar dan transmisi)

3.8.2. % standar klinis yang tercapai

Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (Layanan stroke) yang berhasil dicapai oleh RS. Indikator layanan stroke ada 4 antara lain;

- ✓ Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit standar > 80%
- ✓ Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena standar > 80%
- ✓ Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari standar > 80%
- ✓ Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup standar > 90%

Tabel 3.11
% standar klinis yang tercapai

	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	% standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%

Realisasi capaian indikator % standar klinis yang tercapai semester I tahun 2025 sebesar 100%. Angka tersebut melebihi target yang ditetapkan sebesar 80% sehingga persentase realisasi capaian % standar klinis yang tercapai semester I sebesar 125%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian % standar klinis yang tercapai antara lain:

- Monitoring dan evaluasi serta koordinasi bersama dengan tim IGD dan radiologi secara rutin untuk evaluasi target waktu CT Scan pada pasien stroke hiperakut sesuai yang diharapkan.

Penyebab/penghambat pencapaian target adalah:

- Pasien dengan diagnosa medis lain yang membutuhkan CT Scan juga.

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Pemeriksaan CT Scan masih terkendala dengan pasien dengan antrian diagnosa medis lain yang membutuhkan CT Scan.

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Koordinasi rutin dengan tim IGD dan radiologi untuk prioritas CT Scan pada pasien stroke hiperakut sesuai target waktu yang diharapkan

3.9. Sasaran Strategis 9: Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan diturunkan pada 1 indikator kinerja yaitu % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS.

3.9.1. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. BOR dirumuskan dengan [Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%.

Tabel 3.12
% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja	
			Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7%	70%

Realisasi % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS semester I tahun 2025 sebesar 7%, angka tersebut belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 10% sehingga persentase realisasi terhadap target sercapai 70%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS antara lain:

- RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sudah menerapkan trauma center patah tulang langsung ditindaklanjuti
- Marketing focus pada private insurance
- Bekerjasama dengan Dinkes Klaten untuk pemeriksaan haji
- Meningkatkan pelayanan homecare

- Meningkatkan pelayanan MCU

Penyebab/penghambat pencapaian target adalah:

- Kurang Kerjasama dengan non pemerintah

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Masyarakat masih beranggapan kalau rumah sakit pemerintah pelayanan kurang baik

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Mengadakan event-event dengan agen asuransi
- Semua Pegawai sebagai perpanjangan dari age-agen Rumah Sakit
- Membuat Program Afiliasi yang bekerjasama baik internal maupun ekternal.

3.10. Sasaran Strategis 10: Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK diturunkan pada 2 indikator kinerja yaitu Skor Tingkat kepuasan pegawai dan *Training effectiveness index* (TEI).

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 1 sebagai berikut:

Tabel 3.13
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6:
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Capaian Smt 1 2025	% Realisasi
1	Skor Tingkat kepuasan pegawai	76.61	81,08	106%
2	Training effectiveness index	70%	16%	22.86%

3.10.1. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran responden ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit, dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.

Unsur survey kepuasan terdiri dari 8 unsur yaitu; lingkungan kerja, Hubungan dengan atasan, Penghargaan dan pengukuran, Kesempatan pengembangan karier, Gaji dan kompensasi, Keseimbangan kerja dan kehidupan, Komunikasi dalam rumah sakit danBudaya rumah sakit. Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei).

Tabel 3.14
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja	
			Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	76.61	81.08	106%

Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai sebesar 81,08. Dibandingkan dengan target 76,61, maka persentase realisasi semester I tercapai 106%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai antara lain:

- Program Gaji dan Kompensasi U5:
  - ✓ Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan remunerasi
  - ✓ Sosialisai kebijakan remunerasi
  - ✓ Pemberian kompensasi non finansial
- Program Penghargaan dan Pengakuan U3:
  - ✓ Apresiasi/ pujian lisan atas upaya penyelesaian pekerjaan
  - ✓ Ucapan personal/penghargaan melalui kanal publik
  - ✓ *Soeradji Award*
  - ✓ *Assessment* individu dalam kenali kekuatan, kelemahan, dan kebutuhan unit aryawan
- Program Kesempatan Pengembangan Karir:
  - ✓ Pelaksanaan *talent* pool *system* dan *talent scounting*
  - ✓ Pelatihan *Coaching and Mentoring*
  - ✓ Promosi, demosi, rotasi, & mutasi jabatan

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Mayoritas hasil survey terhadap unsur penilaian menunjukkan dibawah target (76.61)

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Masih terdapat unit kerja dengan capaian kepuasan pegawai dibawah target (76.61)

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Meningkatkan nilai dari 3 kategori dengan nilai yang rendah yaitu dalam unsur U5. Gaji dan Kompensasi, U3. Penghargaan dan pengakuan, U4. Kesempatan Pengambangan Karir.

3.10.2. Training effectiveness index

Training effectiveness index merupakan indikator untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi oleh rumah sakit. Tenaga

medis dan tenaga Kesehatan diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)

Tabel 3.15
Training effectiveness index

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Training effectiveness index	70%	16%	22.86%

Realisasi Training effectiveness index semester I tahun 2025 sebesar 16%, angka tersebut belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 70% sehingga persentase realisasi terhadap target sercapai 22.86%. Target sebesar 70% akan tercapai di akhir periode tahun 2025.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai antara lain:

- Pelatihan/ws/seminar baik oleh RS maupun pelatihan/ws/seminar, untuk memperluas jangkauan diselenggarakan by zoom/blended learning.

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Belum semua sdm terakomodir karena adanya efisiensi anggaran, belum semua target melaporkan capaian dari peningkatan kompetensi yang telah difasilitasi oleh rumah sakit.

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Belum semua unit kerja dan pegawai terkait memahami indikator yang ditetapkan

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Penerbitan SE tentang pencapaian target TEI melalui pelatihan/workshop/seminar, menyelenggarakan kegiatan pembelajaran dan peningkatan kompetensi secara rutin (seperti IHT, diseminasi, dll), roadshow ke KSM utk sosialisasi TEI, mengikuti kegiatan ws/seminar free secara mandiri dan melaporkan kegiatan, menyelenggarkan IHT internal, menyelenggarakan IHT pelatihan dasar. Membuat data base jam pelatihan dan memantau capaian secara kontinue.

3.11. Sasaran Strategis 11: Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya

Pengukuran sasaran strategis Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya diturunkan pada 2 indikator kinerja yaitu Nilai Kinerja Penganggaran dan Realisasi Anggaran.

Tabel 3.16
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11:
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya

	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target 2025	Capaian Smt 1 2025	% Realisasi
1	Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	52.44	65,47%
2	Realisasi Anggaran	95%	38.41%	40.43%

3.11.1. Nilai Kinerja Penganggaran

Tabel 3.17
Nilai Kinerja Penganggaran

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja	
			Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	52.44	65.47%

Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran semester I tahun 2025 sebesar 52.44%, angka tersebut belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 80.1% sehingga persentase realisasi terhadap target tercapai 65,47%. target sebesar 80.1 akan tercapai di akhir periode tahun 2025.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian % Nilai Kinerja Penganggaran antara lain:

- Melibatkan seluruh unit kerja dalam proses perencanaan

Penyebab/penghambat pencapaian target adalah:

- Proses blokir anggaran diawal februari 2025

Kendala/Masalah pencapaian target adalah

- Proses relaksasi / buka blokir di semester pertama belum ada

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Melakukan revisi ijin belanja 100% dari target pendapatan

3.11.2. Realisasi Anggaran

Tabel 3.18
Realisasi Anggaran

	Indikator Kinerja	Target 2025	Realisasi Kinerja	
			Realisasi Smt 1 2025	% Realisasi Smt 1 2025
1	Realisasi Anggaran	95%	38,41%	40.43%

Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran semester I tahun 2025 sebesar 38.41%, angka tersebut belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% sehingga persentase realisasi terhadap target sercapai 40.43%. Target sebesar 95% akan tercapai di akhir

periode tahun 2025.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Realisasi Anggaran antara lain:

- Optimalisasi pelaksanaan pengadaan
- Koordinasi dengan PMU

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

- Adanya blokir anggaran
- Revisi DIPA masih dalam proses
- Adanya pergantian PPK proyek IsDB

Kendala pencapaian target adalah:

- Untuk pengajuan pembayaran dengan dana PHLN memerlukan waktu yg agak lama (3 minggu)

Analisis solusi penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi yang dapat dilakukan antara lain:

- Koordinasi dengan PPAE untuk percepatan proses revisi DIPA

EFISIENSI SUMBER DAYA

Tabel 3.19
Realisasi Anggaran Dibandingkan Indikator Capaian
Sasaran Strategis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Semester 1 Tahun 2025

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Capaian Kinerja	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7 = (6/5X100%)	(8 = (4-7)
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	1	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	800	15.942.607.000	6.599.167.841	41	959
2	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	2	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	115	274.221.574.000	56.968.220.604	21	94
3	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	3	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	0	12.770.039.000	2.657.442.482	21	-21
4	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	4	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	19	6.318.947.000	513.986.066	8	11
5	Terwujudnya sistem IT dan teknologi	5	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit	264	3.175.641.000	269.408.764	8	256

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Capaian Kinerja	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
	kesehatan yang andal		(HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan					
6	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel"	6	BLU Maturity Rating	146	2.013.194.000	652.765.407	32	114
7	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	Bed Occupancy Rate / BOR	108	152.482.772.000	86.701.913.866	57	51
8	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	145	6.723.949.000	5.325.271.889	79	46
		9	% standar klinis yang tercapai	125	11.359.294.000	9.002.557.420	79	46
9	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	70	2.618.382.000	578.200.392	22	38
10	Terpenuhinya Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11	"Skor Tingkat kepuasan pegawai"	106	86.627.112.000	51.880.483.418	60	46
		12	Training effectiveness index	23	3.915.563.000	900.524.393	23	0
Jumlah				**160**	**578.169.074.000**	**222.049.942.542**	**38**	**122**

Dari tabel di atas diperoleh informasi persentase realisasi kinerja masing-masing Indikator Sasaran Strategis beserta persentase realisasi anggaran untuk masing-masing Indikator Sasaran Strategis.

Dari tabel di atas diperoleh efisiensi sumber daya semester I tahun 2025 sebagai berikut:

Realisasi Anggaran Pencapaian Indikator Sasaran Strategis : 222.055.648.329
Alokasi Anggaran Indikator sasaran strategis : 578.169.074.000
Persentase realisasi anggaran : 38,41%

Dibandingkan dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 160 dengan % realisasi anggaran sebesar 38,41% menunjukkan adanya efisiensi anggaran sebesar 122%

B. Realisasi Anggaran

1. Realisasi DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2021-2025 digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.20
Alokasi dan Realisasi Anggaran
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Semester I Tahun 2021-2025

(Rupiah)

Tahun Anggaran	Alokasi	Realisasi	%
2021	361.008070.000	133.091.537.024	36,87
2022	399.181598.000	134.025.087.438	33,58
2023	405.412.441.000	149.604.819.336	36,90
2024	476.227.170.000	204.504.778.539	42,94
2025	578.169.074.000	222.055.648.329	38,41

Realisasi belanja Semester I tahun 2021 untuk semua jenis belanja mencapai 36,87% atau sebesar Rp 133.091.537.024. dari total pagu sebesar Rp 361.008070.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni dan Badan Layanan Umum.

Realisasi belanja Semester I tahun 2022 untuk semua jenis belanja mencapai 33,58% atau sebesar Rp.134.025.087.438 dari total pagu sebesar Rp 399.181598.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni dan Badan Layanan Umum.

Realisasi belanja Semester I tahun 2023 untuk semua jenis belanja mencapai 36,90% atau sebesar Rp. 149.604.819.336 dari total pagu sebesar Rp 405.412.441.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni dan Badan Layanan Umum.

Realisasi belanja Semester I tahun 2024 untuk semua jenis belanja mencapai 42,94% atau sebesar Rp. 204.504.778.539 dari total pagu sebesar Rp 476.227.170.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni dan Badan Layanan Umum.

Realisasi belanja Semester I Tahun 2025 adalah sebesar Rp.222.055.648.329 atau 38,41% dari anggaran belanja sebesar Rp 578.169.074.000 (sumber: Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi).

Tabel 3.21
Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja menurut Jenis Belanja Semester 1 Tahun 2025

(Rupiah)

Kode Akun	Jenis Belanja	Anggaran	Realisasi	%
51	Belanja Pegawai	63.148.997.000	41.037.801.475	64.99%
52	Belanja Barang	328.093.559.000	167.894.335.114	51.17%
53	Belanja Modal	186.926.518.000	13.123.511.740	7.02%
Jumlah		**578.169.074.000**	**222.055.648.329**	**38.41%**

(sumber: Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi)

Alokasi dan realisasi anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berdasarkan jenis belanja tahun 2025 semester I , untuk belanja pegawai terealisasi Rp 41.037.801.475 atau 64.99% dari total alokasi Rp 63.148.997.000,-. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp 167.894.335.114 atau 51,17% dari total anggaran Rp 328.093.559.000,-. Adapun untuk belanja modal terealisasi sebesar Rp 13.123.511.740,- atau sebesar 7,02% dari total anggaran Rp 186.926.518.000,-.

Tabel 3.22
Anggaran dan Realisasi Belanja Menurut Program Semester 1 Tahun 2025

(Rupiah)

Program	Anggaran	Realisasi	%
Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	515.020.077.000	181.017.884.854	35,15%
Program Dukungan Manajemen	63.148.997.000	41.032.057.688	64,98%
Jumlah Belanja	**578.169.074.000**	**222.049.942.542**	**38,41%**

Alokasi dan realisasi anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menurut program Semester I Tahun 2025 meliputi Program Pelayanan Kesehatan dan JKN direalisasikan Rp. 181.017.884.854,- atau 35,15% dari total anggaran Rp 515.020.077.000,-. Adapun untuk Program Dukungan Manajemen terealisasi sebesar Rp 41.032.057.688 atau 64,98% dari total anggaran Rp 63.148.997.000,-.

C. Penghargaan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Semester 1 Tahun 2025

Selama semester I Tahun 2025 RSUP dr. Soeradji belum memperoleh penghargaan.

BAB IV
PENUTUP

Kesimpulan

Laporan Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Semester 1 Tahun 2025 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro secara berkala dan merupakan laporan tahun awal periode Renstra Tahun 2025-2029. Laporan disampaikan dengan menyampaikan analisis kinerja berdasarkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Laporan Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Semester 1 Tahun 2025 disusun sesuai amanat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Berdasarkan capaian kinerja Semester 1 Tahun 2025 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Dari 14 Indikator Kinerja pada 11 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2025, terdapat 8 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target ≥ 95% (kategori sudah tercapai *on track/on trend*), terdapat 0 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target < 95% dan ≥ 75% (kategori perlu kerja keras), terdapat 6 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target < 75% (kategori sulit tercapai).

Adapun Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target ≥ 95% (kategori sudah tercapai *on track/on trend*) adalah sebagai berikut:

1. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) tercapai 8% dari target 1% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 800%
2. Skor kepuasan pelanggan (CSAT) tercapai 89,62 dari target 78 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 115%
3. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan tercapai 66% dari target 25% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 264%
4. BLU Maturity Rating tercapai 4,38 dari target 3 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 146%
5. Bed Occupancy Rate / BOR tercapai 75,50% dari target 70% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 107,86%
6. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates tercapai 0,69‰ dari target <1‰ atau persentase pencapaian kinerja sebesar 145%
7. % standar klinis yang tercapai tercapai 100% dari target 80 % atau persentase pencapaian kinerja sebesar 125%
8. Skor Tingkat kepuasan pegawai tercapai 81,08 dari target 76,61 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 106%

Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target < 95% dan ≥ 75% (kategori perlu kerja keras),di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro pada semester I tahun 2025 tidak ada indikator yang berada pada rentang pencapaian kinerja ini.

Sedangkan indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target < 75% (kategori sulit tercapai) adalah:

1. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target tercapai 0 dari target 50% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 0%
2. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian tercapai 19,12% dari target 100% (1% dari target pendapatan) atau persentase pencapaian kinerja sebesar 19,12%
3. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS tercapai 7% dari target 10% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 70%
4. Training effectiveness index tercapai 16% dari target 70% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 22,86%
5. Nilai Kinerja Penganggaran tercapai 52,44 dari target 80,1 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 65,47%
6. Realisasi Anggaran tercapai 38,41% dari target 95% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 40,43%

Beberapa hal yang menjadi kendala pencapaian target pada indikator yang pencapaiannya < 75% (kategori sulit tercapai) didiantaranya adalah diantaranya beberapa indikator baru akan tercapai maksimal pada periode akhir tahun anggaran 2025. Indikator yang akan lebih optimal pencapaiannya di akhir tahun karena data akumulatif diantaranya indikator Training effectiveness index , indikator Nilai Kinerja Penganggaran dan indikator Realisasi Anggaran.

Kendala untuk pencapaian indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target adalah Belum dapat dihitung capaiannya karena dalam acuan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Jejaring Pengampuan Pelayanan Prioritas tidak tertera detail rumah sakit yang diampu.

Kendala untuk pencapaian indikator % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian adalah masih terbatasnya mitra peneliti eksternal yang melakukan uji klinis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro serta minimnya promosi ke institusi pendidikan atau industri farmasi sebagai potensi mitra.

Kendala untuk pencapaian indikator Training effectiveness index adalah belum semua unit kerja dan pegawai terkait memahami indikator yang ditetapkan. Selain hal tersebut, adanya efisiensi anggaran mengakibatkan sdm belum bisa terakomodir semua untuk peningkatan kompetensi yang difasilitasi rumah sakit.

Kendala untuk pencapaian indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS tercapai 7% adalah banyak masyarakat yang masih beranggapan bahwa rumah sakit pemerintah dalam memberikan pelayanan kurang baik. Terhadap indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS ini RS membuat branding yang menarik pasien, beberapa diantaranya melalui event-even marketing, melakukan kerjasama dengan pihak luar (asuransi, Dinkes, program afiliasi).

Upaya yang dapat dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro untuk mendorong pencapaian target % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian pada semester I tahun 2025 dengan a) Menjalin kemitraan aktif dengan universitas, lembaga riset, dan produsen alat kesehatan atau farmasi b) Menyusun MoU baru dengan institusi yang potensial melakukan kolaborasi riset, c) Revitalisasi program penelitian dan menyusun portofolio penelitian unggulan (MCU berbasis riset, layanan uji farmasi, HTA dll).

Upaya yang dapat dilakukan untuk indikator Training effectiveness index akan dilakukan upaya antara lain Penerbitan SE tentang pencapaian target TEI melalui pelatihan/workshop/seminar, menyelenggarakan kegiatan pembelajaran dan peningkatan kompetensi secara rutin (seperti IHT, diseminasi, dll), roadshow ke KSM utk sosialisasi TEI, mengikuti kegiatan ws/seminar free secara mandiri dan melaporkan kegiatan, menyelenggarkan IHT internal, menyelenggarakan IHT pelatihan dasar. Membuat data base jam pelatihan dan memantau capaian secara kontinue.

Upaya perbaikan kedepan untuk indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS dengan melakukan a) Mengadakan event-event dengan agen asuransi, b) Semua Pegawai sebagai perpanjangan dari age-agen Rumah Sakit, c) Membuat Program Afiliasi yang bekerjasama baik internal maupun ekternal

Upaya yang dapat dilakukan untuk indikator Nilai Kinerja Penganggaran akan dilakukan upaya antara lain melakukan revisi ijin belanja 100% dari target pendapatan, pada semester I proses relaksasi/ buka blokir belum ada. Selain itu, seluruh unit kerja harus dilibatkan dalam proses perencanaan.

Laporan Kinerja semester I tahun 2025 ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan atau *stakeholders* RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro terhadap pencapaian kinerja semester I tahun 2025. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semester I tahun 2025. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berharap dapat terus memberikan andil yang semakin besar dalam mewujudkan cita-cita berbangsa dan bernegara di bidang kesehatan.

LAMPIRAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT. (K) Hip & Knee

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

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, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,	Pihak Pertama,
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS	**dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT. (K) Hip & Knee**
NIP. 197106262000031002	NIP 198006212009121002

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

RSUP DR SOERADJI TIRTONEGORO

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	PERSPEKTIF KEUANGAN		
1.	Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%
	PERSPEKTIF PELANGGAN		
2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	78
3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%
4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%
	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL		
5.	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU *Maturity Rating*	Level 3
7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	*Bed Occupancy Rate / BOR*	70%
8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	*Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*	< 1.0 ‰
		% standar klinis yang tercapai	80%
9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Clus.III: 10%

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN		
10.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAH	Skor Tingkat kepuasan pegawai	76,61
		Training effectiveness index	70%
	INDIKATOR DIREKTIF		
11	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		Realisasi Anggaran	95%

Target Pendapatan PNBP **Rp 475.000.000.000,-**

Program	**Anggaran**
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 515.020.077.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 63.148.997.000,-
Total	**Rp 578.169.074.000**

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP. 197106262000031002

Pihak Pertama,

dr. Sholahuddin Rhatomy, Sp.OT. (K) Hip & Knee
NIP 198006212009121002

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara

KPI 1: Target EBITDA Margin

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
1	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	• EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit. • Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). • Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidentil dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan *demolish* gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. • Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. • Pengelompokkan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022. *) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024	(EBITDA ÷ Pendapatan Operasional *Netto*) x 100%	Tahun 1 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1% Tahun 2 Cluster 1: 15% Cluster 2: 10% Cluster 3: 1% Tahun 3 Cluster 1: 15% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2% Tahun 4 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 2% Tahun 5 Cluster 1: 20% Cluster 2: 15% Cluster 3: 3%

KPI 2: Skor kepuasan pelanggan

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
2	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: • Poliklinik; • Rawat inap; • IGD; dan • Laboratorium Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara	Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/(Jumlah Unsur) Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan* 25 Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1- Tahun 3: Baik Tahun 4- Tahun 5: Sangat Baik

			elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Metode pengolahan data 1. Menghitung Nilai Pencapaian untuk Satu Unsur • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \{ \lambda^2 . N. P. Q\}/ \{d^2 (N-1) + \lambda^2. P. Q\}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) 2. Menghitung Kepuasan Pasien di Satu Unit • Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit 3. Menghitung Kepuasan Pasien di RS • Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di RS • Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh RS dengan melihat tingkat kinerja pelayanan		

			yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh RS		

*Contoh draf pertanyaan survei kepuasan pasien terdapat di lampiran 1.
Tabel Konversi Nilai Kepuasan

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang baik
3	30644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat baik

KPI 3: Pengampuhan Pelayanan Prioritas

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
3.	Mendukung pengampuan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	• Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu. • Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.	(rumah sakit yang berhasil diampu ÷ jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu) x 100%	Tahun 1: 50% Tahun 2: 57,5% Tahun 3: 65% Tahun 4: 72.5% Tahun 5: 80%

KPI 4: Target pendapatan penelitian

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
4	Mendorong inovasi melalui *Clinical Research Unit* (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	• Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN. • Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. • Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya.	(total pendapatan dari semua penelitian CRU ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	Tahun 1-5 RS Pendidikan Utama: 2% tiap tahun RS Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun

KPI 5: Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan *Back Office*. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup: a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat[1] (W: 20%) b. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%) c. Persentase integrasi sistem *inventory*[2] : (W: 20%) d. Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS[3]: (W: 20%) e. Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS[4]: (W: 20%) Catatan: [1]Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat [2]Sistem *inventory* sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan Inventori [3]Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem	(∑ (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW)+ (**ExW)) * W = weight/bobot	Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100%

			remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan SDM/HRD [4]Sistem *finance* terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan "*Back Office*" dalam *ERP System* untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK		

KPI 6: BLU Maturity Rating Score

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU *Maturity Rating*	RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance Maturity Rating* (BLUSmart) 9. *Result Based* • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. • Pada *result based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. B. *Process Based* • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing- masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. • Pada *process based* aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	Merujuk kepada Target Matrat RPJMN 2025-2029* *Terdapat di lampiran 3.

			• *Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing* • Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU		

KPI 6: BLU *Maturity Rating Score* mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021 dengan target yang telah disesuaikan

RUMAH SAKIT	*Baseline* (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUP Dr. Ben Mboi	-	-	-	-	Level 2	Level 2
RSUP Fatmawati	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Johannes Leimena	-	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	3.33	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Dr. Kariadi	4.18	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. M. Djamil	3.94	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Moh. Hoesin	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	3.48	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Persahabatan	3.77	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP dr. Rivai Abdullah	2.77	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	4.08	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP H. Adam Malik	3.72	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Hasan Sadikin	3.60	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sardjito	4.23	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sitanala	3.20	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3.68	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Surakarta	3.65	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3.16	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

RUMAH SAKIT	*Baseline* (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Mata Cicendo	3.35	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Mata Makassar	2.73	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Otak Drs.M. Hatta	3.43	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Anak Bunda Harapan Kita	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Marzoeki Mahdi	3.27	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soeharto Heerdjan	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soerojo	3.19	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Jantung Pembuluh Darah Harapan Kita	3.98	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Kanker Dharmais	3.64	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Ketergantungan Obat	3.49	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	3.69	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Paru Ario Wirawan	3.31	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3.71	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Paru Dr. Rotinsulu	3.40	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3.08	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

KPI 7: Bed Occupancy Rate (BOR)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	*Bed Occupancy Rate/ BOR*	*Bed Occupancy Rate* adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%	Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70%

KPI 8: Pengukuran Healthcare Associate Infection (HAIs)

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

9. % standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya. Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: • Layanan Stroke • Layanan Kanker • Layanan Jantung • Layanan Uronefrologi • Layanan Kesehatan Ibu dan Anak • Layanan Respirasi • Layanan Diabetes Mellitus • Layanan Gastrohepatologi • Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi	% standar klinis yang tercapai = (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS) x 100%	Tahun 1 – Tahun 5: 80%

Evaluasi indikator klinis akan menggunakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan RSV sebagai berikut:

Inisiatif	Indikator		Target
Layanan Stroke	1	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	> 80%
	2	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	> 80%
	3	Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari	> 80%
	4	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	> 90%
Layanan Kanker	1	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%
	2	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dgn CP	> 80%
	3	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%
	4	Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dgn Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%
Layanan Jantung	1	"*Door to Balloon*" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%
	2	Terapi Fibrinolitik: "*door to needle*"≤30 menit pada pasien STEMI	> 80%
	3	Mortalitas CABG/ Bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%
	4	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%

Layanan Uronefrologi	1	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%
	2	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis pada Pasien PGTA yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%
	3	Pencapaian Pasien CAPD Dibandingkan Seluruh Pasien yang Menjalani Dialisis	> 3%
	4	*Stone Free Rate* Tindakan PCNL batu non-staghorn	> 80%
	5	*Stone Free Rate* Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%
	6	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%
Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr	> 80%
	2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	> 90%
	3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	< 10%
	4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	<1%
Layanan Respirasi	1	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%
	2	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%
	3	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%
	4	Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%
Layanan Diabetes Mellitus	1	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C	↑ 20%

	2	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	↑ 20%
	3	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	↑ 20%
	4	Skrining Komplikasi Mikrovaskular	↑ 50%
	5	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM	↑ 20%
	6	Peningkatan >20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak & remaja	↑ 20%
	7	Peningkatan >20% proporsi anak & remaja dgn diabetes yg melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	↑ 20%
	8	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	< 20%
	9	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %	< 5 %
Layanan Gastrohepatologi	1	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	> 20%
	2	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami *early rebleeding* (24 jam) paska endoskopi hemostatik	> 80%
	3	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	> 80%
Layanan Kesehatan Jiwa	1	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia	> 60%
	2	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	> 70%

	3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis *Safewards* dan WHO-*Quality Right*	> 80%
	4	Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis *Safewards* dan WHO-*Quality Right*	> 80%
Layanan PINERE	1	Kecepatan penanganan gawat darurat (*Emergency Respond Time) Severe Acute Respiratory Infection* (SARI) <15 menit	> 80%
	2	Pelayanan Pasien Difteri Sesuai dengan Alur Klinis (*Clinical Pathway*)	> 80%
Layanan Mata	1	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	< 1,2%
	2	Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	< 1%
	3	Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	>80%
Layanan Ortopedi	1	Pasien fraktur terbuka dengan *emergency respond time* 2 < 120 menit	> 60%
	2	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	< 2%
	3	Waktu tunggu operasi urgen	> 80%

KPI 10: Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	• Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). • Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. • Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. • Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokkan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022	(Pendapatan non-JKN ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	**Tahun 1** Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 2** Cluster 1: Ditentukan oleh RS Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 3** Cluster 1: 50% Cluster 2: Ditentukan oleh RS Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 4** Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: Ditentukan oleh RS **Tahun 5** Cluster 1: 50% Cluster 2: 50% Cluster 3: 50%

KPI 11: Pengukuran skor tingkat kepuasan pegawai

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
11	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit. Unsur Survei Kepuasan Pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu: • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan	Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/ (Jumlah Unsur) Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/Total Unsur yang Terisi) * Nilai Penimbang Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan* 25 Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1 – Tahun 3: Puas Tahun 4 – Tahun 5: Sangat Puas

			tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.		

KPI 12: Pengukuran *Training Effectiveness No.* (TEI)

No.	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	*Training Effectiveness Index* (TEI)	*Training Effectiveness Index* (TEI) • Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) • Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit • Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan	TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit	Tahun 1: 70% Tahun 2: 73.75% Tahun 3: 77.5% Tahun 4: 81.25% Tahun 5: 85%

Capaian IKU RSB Semester I Tahun 2025

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025	Semester I		Keterangan
				Realisasi	Capaian	
1.	Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	8%	800%	Tercapai
2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	78	89,62%	115%	Tercapai
3	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	0	0	Belum Tercapai
4	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	19,12%	19,12%	Belum Tercapai
5	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	66%	264%	Tercapai
6	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU Maturity Rating	Level 3	4,38	146%	Tercapai
7	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed Occupancy Rate / BOR	70%	75,50%	107,86%	Tercapai
8	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates 1.CAUTI 2.VAP 3.CLABSI 4.SSI	< 1.0 ‰	0,69‰	145%	Tercapai
		% standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%	Tercapai
9	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Clus.III: 10%	7%	70%	Belum Tercapai
10	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat kepuasan pegawai	76,61	81,08	106%	Tercapai
		Training effectiveness index	70%	16,00%	22,86%	Belum Tercapai
11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	52,44	65,47%	Belum Tercapai
		Realisasi Anggaran	95%	38%	40,43%	Belum Tercapai
	Capaian Kinerja				**160%**	