Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Jalan KRT Dr.Soeradji Tirtonegoro Nomor 1
Klaten, Jawa Tengah 57424
(0272) 321020
https://www.rsupsoeradji.id

Nomor : PR.05/D.XXI/8406/2026 13 Juli 2026
Sifat : Biasa
Hal : Penyampaian LAKIP Semester I Tahun 2026

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jalan HR Rasuna Said Blox X.5 Kav 4-9
Jakarta Selatan 12950

Menindaklanjuti surat No: PR.05.05/A.I/XXXX/2025 tanggal 29 Juni 2026 tentang Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Lingkup Kementerian Kesehatan Tahun 2026 dengan ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2026 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Selanjutnya mohon perkenannya untuk dapat diproses sesuai ketentuan.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan perkenaannya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur Utama,



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

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan https://wbs.kemkes.go.id. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF .

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

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Jalan KRT Dr.Soeradji Tirtonegoro Nomor 1
Klaten, Jawa Tengah 57424
(0272) 321020
https://www.rsupsoeradji.id

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN ANGGARAN 2026
Nomor : PS.02.03/D.XXI/42/2026

Kami telah mereviu Laporan Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten untuk Semester I Tahun 2026 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Klaten, 13 Juli 2026
Kepala Satuan Pemeriksaan Internal
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten

Kasino, SE, M.Si
NIP 197312121994031003

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

Kemenkes
RS Soeradji Tirtonegoro

GERMAS

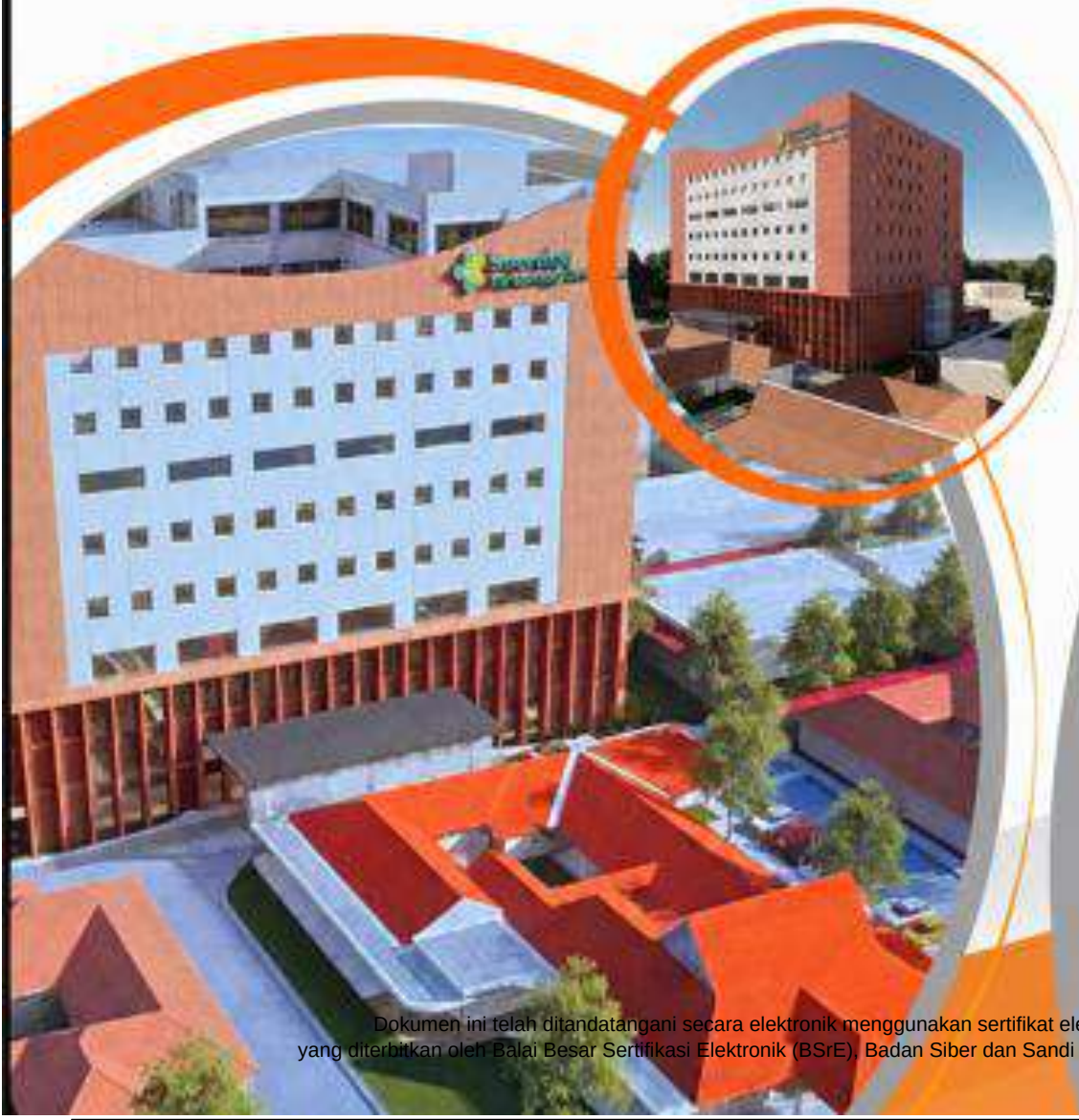
BLU

BerAKHLAK

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAHAN (LAKIP)

SEMESTER I TAHUN 2026

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
JL. DR. SOERADJI TIRTONEGORO NO.1 KLATEN JAWA TENGAH
TELP (0272) 321020 (4 SALURAN HUNTING SYSTEM)
FAX (0272) 321104



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

RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
SEMESTER I TAHUN 2026

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

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

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN ANGGARAN 2026

DISAHKAN DI : KLATEN
PADA TANGGAL : JULI 2026

DIREKSI
RSUP dr.SOERADJI TIRTONEGORO

Direktur Utama



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

Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Widodo Wirawan, MPH
NIP. 9197908132023051001

Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional



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

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



dr. Cahya Dewi Satria, Sp.A(K)., M.Kes
NIP.197402082008122002

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

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 2026 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten sebagai pertanggungjawaban dan evaluasi Rencana Strategi Bisnis Tahun 2025-2029, dan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2026.

RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI memiliki tanggung jawab atas kinerja dan kegiatan yang dilakukan pada Tahun 2026. Laporan kinerja ini merupakan laporan tahun kedua 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 2026 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Semoga laporan ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur Utama,



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 (BSSN).

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Semester I Tahun 2026 merupakan laporan yang berisi informasi mengenai rencana dan capaian kinerja yang telah dicapai selama satu tahun. Rencana kinerja dan capaian kinerja Tahun 2026 mengacu pada perencanaan kinerja dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029.

Berdasarkan pada 10 sasaran strategis yang dijabarkan dalam 17 indikator kinerja, 11 indikator kinerja sudah berhasil dicapai dan 6 indikator kinerja belum tercapai. Hal ini dapat disampaikan ringkasannya sebagai berikut:

1. Sasaran srategis Terwujudnya layanan terbaik level Asia; 1 indikator belum mencapai target.
2. Sasaran srategis Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan; 1 indikator belum mencapai target.
3. Sasaran srategis Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal; 1 indikator mencapai target.
4. Sasaran srategis Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel; 2 indikator mencapai target.
5. Sasaran srategis Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien; 1 indikator mencapai target.
6. Sasaran srategis Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten; 3 indikator mencapai target.
7. Sasaran srategis Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan; 1 indikator belum mencapai target.
8. Sasaran srategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK; 2 indikator mencapai mencapai target.
9. Sasaran srategis Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal; 1 indikator mencapai target.
10. Sasaran strategis Meningkatnya tatakelola Organisasi dan Pengendalian Intern unit kerja; 2 indikator mencapai target dan 2 indikator brlum mencapai target.

Dari hasil pengukuran 17 indikator kinerja terhadap target, dapat disimpulkan sebagi berikut:

1. Target dengan capaian realisasi ≥ 100% sebanyak 11 Indikator.
2. Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 indikator.

Faktor penghambat capaian target kinerja Semester I tahun 2026 adalah:

1. Beberapa indikator baru akan tercapai pada akhir tahun anggaran 2026;
2. Masih terbatasnya mitra peneliti eksternal yang melakukan uji klinis di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
3. Belum optimalnya branding RS dan kepercayaan untuk pelanggan non JKN serta sarana prasarana layanan eksekutif yang belum terpadu;

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

Kinerja Semester I Tahun 2026 didukung dengan realisasi penyerapan anggaran sampai dengan 30 Juni 2026 total belanja sebesar Rp. 242.248.872.685,- atau terserap sebesar 28,01% dari total pagu anggaran tahun 2026 sebesar Rp. 864.798.413.000,-. Selain itu pencapaian target pendapatan sebesar Rp 238.451.172.386,65 (43,35%) dari target Rp 550.000.000.000,- . Capaian tersebut tercapai didukung dengan kinerja SDM sebanyak 1.274 pegawai.

Dalam rangka meningkatkan capaian kinerja Semester I Tahun 2026, 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.

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i

RINGKASAN EKSEKUTIF ii

DAFTAR ISI iv

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG 1
B. MAKSUD DAN TUJUAN 1
C. DASAR HUKUM 2
D. TUGAS DAN FUNGSI 3
E. STRUKTUR ORGANISASI 4
F. SUMBER DAYA MANUSIA 5
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS 7
H. SISTEMATIKA PENULISAN 7

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS 9
B. PERJANJIAN KINERJA 17
C. PAGU ANGGARAN 19

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI 21
B. EFISIENSI SUMBER DAYA 57
C. REALISASI ANGGARAN 59
D. PENGHARGAAN SEMESTER I TAHUN 2026 60

BAB IV PENUTUP

A. KESIMPULAN 63

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Penguatan akuntabilitas kinerja merupakan salah satu strategi yang dilaksanakan dalam rangka mempercepat pelaksanaan reformasi birokrasi, untuk mewujudkan pemerintahan yang bersih dan akuntabel, pemerintahan yang kapabel, serta meningkatnya kualitas pelayanan publik kepada masyarakat. Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan, pemerintah mewajibkan setiap instansi pemerintah dan unit kerja untuk menyusun laporan akuntabilitas kinerjanya sebagai wujud pertanggung jawaban atas segala tugas dan kewajibannya.

Sebagai bagian dari instansi pemerintah, maka RSUP dr Soeradji Tirtonegoro memiliki kewajiban melakukan perencanaan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi kinerja untuk dilaporkan kepada atasan. Perencanaan kinerja tertuang dalam dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029, yang didalamnya memuat sasaran strategis, program kerja, serta indikator kinerja berdasarkan Indikator Kinerja Utama (IKU). Laporan Kinerja merupakan gambaran kinerja rumah sakit yang ditunjukkan dengan tercapainya program kerja dan indikator kinerja yang dikaitkan dengan pencapaian realisasi anggaran dan pendapatan rumah sakit. Dengan mengintegrasikan semua komponen ini, akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kinerja, serta meningkatkan akuntabilitas publik terhadap penggunaan anggaran. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah ini mengacu pada PerMenpan RI Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah bertujuan untuk mempertanggungjawabkan secara tertulis atas pelaksanaan program RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang meliputi pengelolaan sumber daya, pengelolaan keuangan, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia. Laporan ini merupakan rangkuman yang menjelaskan secara ringkas dan lengkap tentang

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

capaian kinerja yang disusun berdasarkan rencana kerja yang sudah ditetapkan. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro melakukan evaluasi kinerja atas keberhasilan maupun kegagalan dalam pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka untuk mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan dan disusun secara periodik, sehingga apabila terjadi kegagalan akan dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan dan langkah-langkah perbaikan manajemen serta dapat dilakukan analisis penyebab ataupun penghambatnya. Apabila kinerjanya tercapai dengan baik maka tetap perlu dilakukan analisa dan strategi yang tepat untuk mempertahankannya.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Semester 1 tahun 2026 disusun dengan maksud dan tujuan:

1. Sebagai bentuk pertanggung jawaban secara tertulis yang memuat keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2026 yang harus dipertanggung jawabkan oleh RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan
2. Sebagai instrument pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan kegiatan dan sebagai bahan untuk menyempurnakan perencanaan dan penyusunan program pada periode yang akan datang.
3. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan.
4. Sebagai alat kendali, alat penilai, dan alat pendorong yang dapat memberikan gambaran secara komprehensif pencapaian kinerja disetiap unit kerja RS. dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
5. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau peningkatan kinerja unit kerja RSUP dr. SoeradjiTirtonegoro.
6. Sebagai tolak ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat diindentifikasi faktor penghambat dan pendukung tercapainya kinerja dan tindakan perbaikan dimasa yang akan datang.

C. DASAR HUKUM

Dasar hukum dalam penyusunan Laporan Kinerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Tahun 2026 mengacu pada beberapa dokumen peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

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

1. Undang-undang Nomor 28 Thaun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014 Tanggal 20 November 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Rencana Strategis Bisnis RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2025-2029
6. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2026.

D. TUGAS DAN FUNGSI

Setiap Instansi Pemerintah sebagai unsur penyelenggara Negara diwajibkan untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu perencanaan strategis yang ditetapkan oleh masing – masing instansi (Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.26/2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi & Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, rumah sakit ini mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Dalam melaksanakan tugasnya, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. Tugas :

   Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.
2. Fungsi :

a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;

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

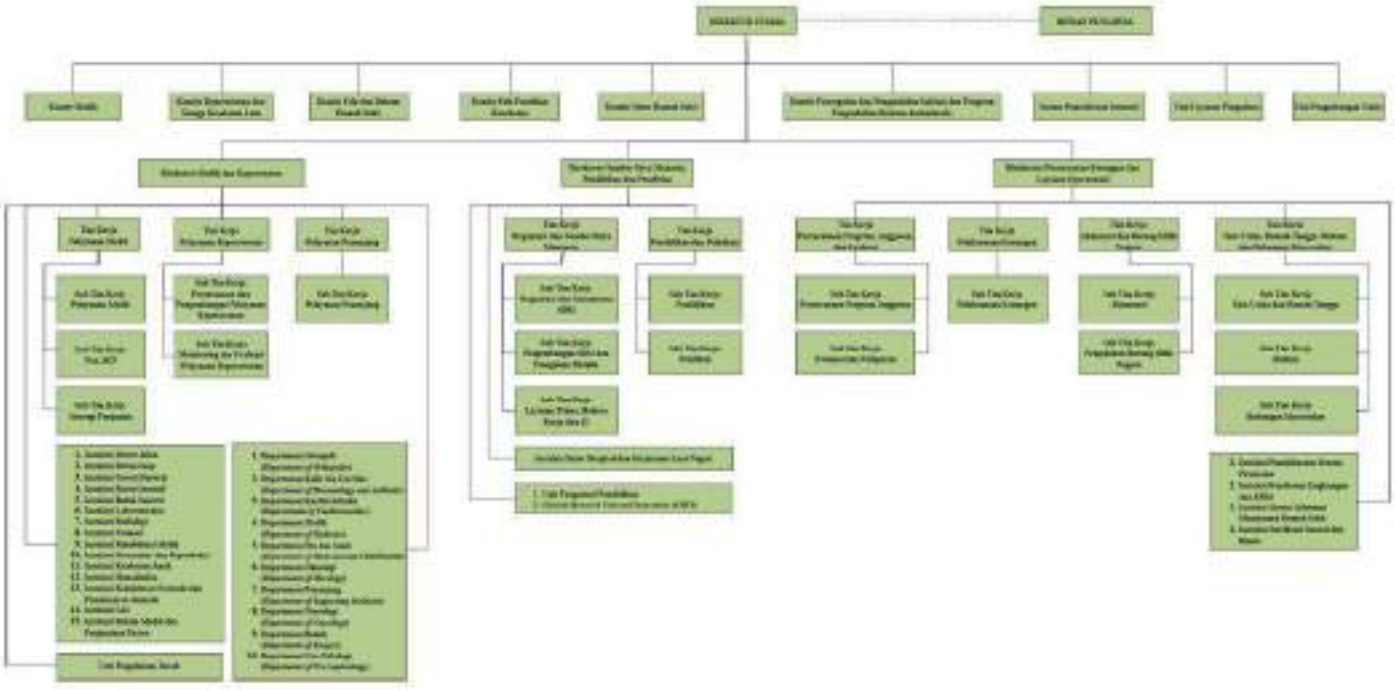
b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
c. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
d. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
h. Pengelolaan layanan pengadaan barang/jasa;
i. Pengelolaan sumber daya manusia;
j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
k. Pelaksanaan kerja sama;
l. Pengelolaan sistem informasi;
m. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
n. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

E. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Nomor HK.02.03/D.XXI/5976/2026 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terdiri atas tiga direktorat, sebagaimana disajikan pada Gambar 1.1.

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

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro



F. SUMBER DAYA MANUSIA

Dalam menjalanjan peran dan fungsinya, RSUP dr. Soeradji didukung dengan sumber daya manusia (SDM) sebanyak 1.274 orang (per 30 Juni 2026). Komposisi SDM yang dikelompokkan dalam jabatan, golongan dan jenjang pendidikan disajikan terinci sebagai berikut:

1. SDM Berdasarkan Status Ketenagaan

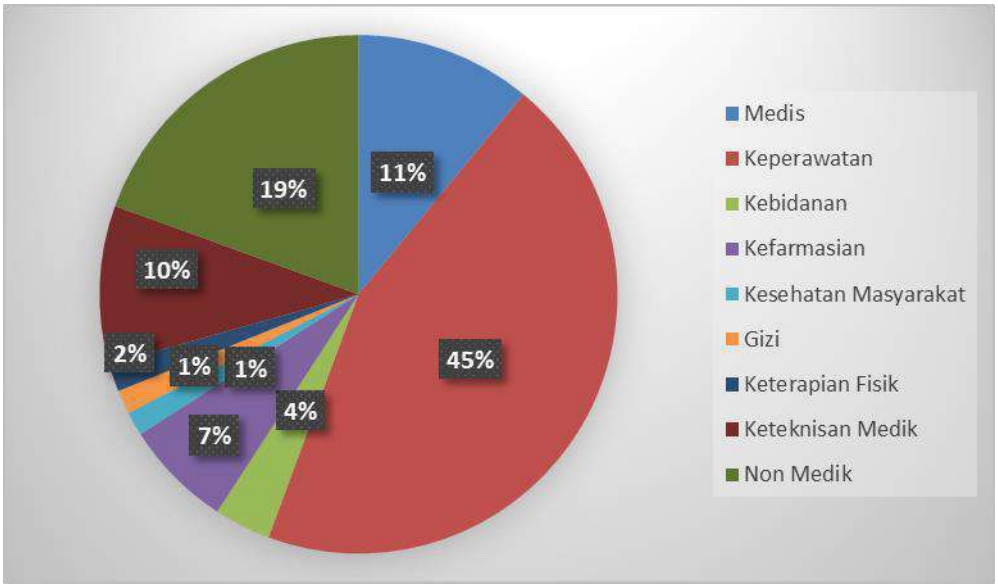
Jumlah keseluruhan pegawai tenaga kesehatan dan non kesehatan di RSUP dr. Soeradji per 30 Juni 2026 sebanyak 1.274 orang, dengan rincian sesuai table dibawah ini.

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

Tabel 1.1 Data SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan per 30 Juni 2026

No	Jenis Ketenagaan	PNS	CPNS	PPPK	PPPK PARUH WAKTU	BLU TETAP	KONTRAK	PKWT	JUMLAH
1	Medis	87	16	12		2	-	23	140
2	Keperawatan	310	41	133		-	85		569
3	Kebidanan	31	-	13		-	1		45
4	Kefarmasian	29	8	31		1	17		86
5	Kesehatan Masyarakat	9	-	8		2	-		19
6	Gizi	14	-	5		-	-		19
7	Keterapian Fisik	14	5	3		-	-	-	22
8	Keteknisan Medik	66	16	35		-	9		126
9	Non Medik	108	13	74	35	4	10	4	248
	Jumlah	**668**	**99**	**314**	**35**	**9**	**122**	**27**	**1.274**

Gambar 1.1 Komposisi SDM berdasarkan Jenis Ketenagaan per 30 Juni 2026



Dari table 1.1 dan gambar 1.1 tampak bahwa jenis ketenagaan keperawatan merupakan jumlah terbanyak 569 pegawai (45%), tenaga medis sebanyak 140 pegawai (11%) dan tenaga keteknisan Medik sebanyak 126 pegawai (10%) . Jenis ketenaggan paling sedikit sebesar masing-masing 1% terdiri dari jenis ketenagaan Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Kontribusi pegawai non medis sebanyak 248 pegawai atau sebesar 19% dari total pegawai Rumah Sakit Soeradji.

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

G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS

Program pengembangan pelayanan yang disiapkan untuk tahun 2026 adalah pengembangan layanan unggulan dan layanan Subspesialis, penguatan program promosi RS serta pengembangan layanan. Layanan unggulan RS berupa layanan kanker terpadu dan layanan pediatric terpadu akan mengemas seluruh elemen RS agar dapat mewujudkan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai RS yang unggul dalam pelayanan.

Upaya-upaya yang dilakukan harus sejalan dan selaras sesuai yang dicanangkan Kementerian Kesehatan pada Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) dan RENSTRA 2025-2029 yaitu transformasi sistem kesehatan di Indonesia yang merupakan upaya perbaikan sistem kesehatan. Ada 6 pilar transformasi kesehatan yakni: transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi sistem ketahanan kesehatan, transformasi sistem pembiayaan kesehatan, transformasi SDM kesehatan dan transformasi teknologi kesehatan.

Pengembangan-pengembangan yang dilakukan oleh rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan yang terjangkau dengan mutu yang baik dan memberikan efektivitas biaya. Pengembangan/penataan sarana fisik pada tahun 2026 diantaranya pembangunan gedung onkologi center yang didanai dari Islamic Development Bank (IsDB) dan pemenuhan Alat Medik untuk pengembangan pelayanan dan Gedung Onkologi.

Roadmap pengembangan layanan RS Soeradji sebagai RS Vertikal Kementerain Kesehatan:

1. Layanan Center of Excellent; layanan Pain and Spine Center
2. Layanan Unggulan RS; layanan kanker terpadu, layanan jantung, layanan uronefrologi, layanan kesehatan ibu dan anak
3. Layanan Eksekutif

H. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika laporan adalah sebagai berikut:

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.

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

2. Bab II Perencanaan Kinerja

   Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Kementerian Kesehatan 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. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut:

      1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
      2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
      3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
      4. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
      5. Analisis penyebab keberhasilan / kegagalan atau peningkatan / penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan;
      6. Analisis atas efesiensi penggunaan sumberdaya;
      7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian peryataan kinerja.

   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.

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

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGI BISNIS

Rencana Strategi Bisnis (RSB) adalah dokumen perencanaan jangka menengah (5 tahunan), yang memuat visi, misi, target kinerja dan strategi atau arahan sebagai dasar pengambilan keputusan organisasi. RSB menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan *stakeholder.*

RSUP dr. Soeradji telah menyusun Rencana Strategi Bisnis untuk periode Tahun 2026-2029 dengan visi yaitu “RS bertaraf level Asia yang memiliki pelayanan Penatalaksanaan Kelainan Darah Paripurna dengan pertumbuhan berkelanjutan”. Visi tersebut selaras dengan arah dan kebijakan Kementerian Kesehatan.

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.

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

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

Tabel 2.1
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-AKHLAH	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 tabel diatas, dapat disusun peta strategis. Adapun rancangan peta strategis balanced scorecard (BSC) sebagai berikut:

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

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



IKU yang ditetapkan di RSB 2025-2029 ini dipergunakan untuk mengukur perwujudan sasaran strategis, baik dari segi masukan (input), proses, keluaran (out put), dan hasil (outcome). Tabel berikut menggambarkan sasaran strategis, indikator kinerja utama dan target yang harus dicapai dalam kurun waktu 2025-2029:

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

Tabel 2.2.Matrik Indikator Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Tahun 2025-2029

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Satuan	Target				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Terwujudnya pengelolaan Keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	%	1	1	2	2	2
2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Skor	78	Baik (76,61-88,83)	Baik (76,61-88,83)	Sangat Baik (88,83-100)	Sangat Baik (88,83-100)
3	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	%	50	57,5	65	72,5	80
4	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	%	1	1	1	1	1
5	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	%	25	50	75	90	100
6	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	BLU Maturity Rating	Level	3	3	3	3	3
7	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed Occupancy Rate / BOR	%	70	70	70	70	70
8	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	permil	<1	<1	<1	<1	<1
		% standar klinis yang tercapai	%	80	80	80	80	80
9	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	%	10	15	25	35	50
10	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAH	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Skor	Baik (76,61-88,83)	Baik (76,61-88,83)	Baik (76,61-88,83)	Sangat Puas (88,83-100)	Sangat Puas (88,83-100)
		Training effectiveness index	%	70	73,75	77,5	81,25	85

B. PERJANJIAN KINERJA

Menurut PerMenpan No.053 Tahun 2014 Perjanjian Kinerja adalah lembar/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. Melalui perjanjian kinerja, terwujud komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumberdaya yang tersedia. Kinerja yang disepakati tidak dibatasi pada kinerja yang dihasilkan atas kegiatan tahun bersangkutan, tetapi termasuk kinerja (outcome) yang seharusnya terwujud akibat kegiatan tahun-tahun sebelumnya. Dengan demikian

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

target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup outcomes yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahunnya.

Indikator-Indikator, target dan pagu anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten Tahun 2026 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2026 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Perjanjian Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2026

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2026
Perspektif pelanggan/*stakeholder*			
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Nilai 90,64
2	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	0,5%
Perspektif bisnis internal			
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi ke seluruh layanan	50%
4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Level 3
		Nilai SAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 83
5	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupancy rate (BOR)	70%
6	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%
		Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4> 5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
7	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS	15%
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran			
8	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor tingkat kepuasan pegawai	Nilai 78
		Training Effectiveness Index (TEI)	73,75%
Perspektif Keuangan			
9	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA Margin	1%

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

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2026
Indikator Direktif			
10	Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Unit Kerja	Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 92,75
		Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 82
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	95%
		Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	96%

C. PAGU ANGGARAN

Tabel 2.4 Pagu Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Tahun 2026

No	Program	Anggaran (Rp)	Sumber Dana	Pagu (Rp)
1	Program Dukungan Manajemen	80.849.405.000	Rupiah Murni	80.849.405.000
2	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	783.949.008.000	PNBP BLU	535.677.314.000
3			PHLN	248.271.694.000
	Jumlah	**864.798.413.000**		**864.798.413.000**

Jumlah pagu anggaran dalam perjanjian kinerja tahun 2026 sebesar Rp.864.798.413.000,- (delapan ratus enam puluh empat milyar tujuh ratus Sembilan puluh delapan juta empat ratus tiga belas ribu rupiah) yang terdiri dari Program Dukungan Manajemen sebesar Rp.80.849.405.000,- (delapan puluh juta delapan ratus empat puluh sembilan empat ratus lima ribu rupiah) dan Program Pelayanan Kesehatan & JKN sebesar Rp.783.949.008.000,- (tujuh ratus delapan puluh tiga milyar sembilan ratus empat puluh sembilan juta delapan ribu rupiah) . Pada perjalanan waktu selama semester 1 tahun 2026 DIPA RSUP dr Soeradji mengalami revisi sebanya 8 kali.

Alokasi anggaran RSUP dr Soeradji Tahun 2026 berdasarkan DIPA TA. 2026 revisi ke 8 Nomor: 024.04.2.415573/2026 terbit tanggal 4 Juni tahun 2026 sebesar Rp.864.798.413.000,- (delapan ratus enam puluh empat milyar tujuh ratus Sembilan puluh delapan juta empat ratus tiga belas ribu rupiah). Alokasi tersebut berasal dari sumber dana Rupiah Murni sebesar Rp.80.849.405.000,- (delapan puluh juta delapan ratus empat puluh sembilan empat ratus lima ribu rupiah) dan sumber dana PNBP BLU sebesar Rp.535.677.314.000,- (lima ratus tiga puluh lima milyar enam ratus tujuh puluh tujuh juta tiga ratus empat belas ribu rupiah), penggunaan saldo awal Rp 0,- Sumber dana Pinjaman Luar Negeri sebesar

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

Rp.248.271.694.000,-(dua ratus empat puluh delapan milyar dua ratus tujuh puluh satu juta enam ratus Sembilan puluh empat ribu rupiah)

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

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 2026 merupakan tahun kedua dari perencanaan jangka menengah, dan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten menggunakan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025-2029 menyesuaikan RSB Kementerian Kesehatan. 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 RS 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.

Berdasarkan hasil pengukuran dan evaluasi kinerja semester I Tahun 2026, sebanyak 11 (sebelas) indikator kinerja telah mencapai atau melampaui target, sedangkan 6 (enam) indikator belum mencapai target yaitu

1. Skor Kepuasan pelanggan (CSAT)
2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
3. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS
4. *Training Effectiveness Index* (TEI)
5. Nilai Kinerja Anggaran
6. Persentase Realisasi Anggaran

Capaian sasaran strategis terhadap 17 (tujuh belas) indikator dalam Semester I Tahun 2026 sebagai berikut:

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

Tabel 3.1 Rekapitulasi Capaian Kinerja Semester I Tahun 2026

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2026	Semester I Th 2026		Keterangan
				Realisasi	Capaian	
Perspektif pelanggan/*stakeholder*						
1	**Terwujudnya layanan terbaik level Asia**	**Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)**	**Nilai 90,64**	**88,06**	**97%**	**Belum Tercapai**
2	**Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan**	**Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU**	**0,5%**	**0,01%**	**2,00%**	**Belum Tercapai**
Perspektif bisnis internal						
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	50%	73,87%	147,74%	Tercapai
4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3,74	125%	Tercapai
		Nilai SAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 83	88,2	106%	Tercapai
5	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupancy rate (BOR)	70%	76,29%	108,99%	Tercapai
6	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%	100%	100%	Tercapai
		Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4> 5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena (Perspektif Bisnis internal)	≥80%	100%	125%	Tercapai
		Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn Clinical Pathway	≥80%	100%	125%	Tercapai
7	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	**Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS**	**15%**	**10%**	**67%**	**Belum Tercapai**
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran						
8	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor tingkat kepuasan pegawai	Nilai 78	81,09	104%	Tercapai
		Training Effectiveness Index (TEI)	**73,75%**	**20,41%**	**27,67%**	**Belum Tercapai**
Perspektif Keuangan						
9	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	9%	900%	Tercapai
Indikator Direktif						
10	Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan	**Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro**	**Nilai 92,75**	**51,78**	**56%**	**Belum Tercapai**

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

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2026	Semester I Th 2026		Keterangan
				Realisasi	Capaian	
	Pengendalian Intern Unit Kerja	Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 82	84,31	103%	Tercapai
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	95%	100%	105%	Tercapai
		Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	**96%**	**28,01%**	**29,18%**	**Belum Tercapai**
	Capaian Indikator				**137%**	

Hasil pengukuran kinerja RSUP dr Soeradji Tirtonegoro Semester I Tahun 2026 berdasarkan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Sasaran Strategis Terwujudnya Layanan Terbaik level Asia

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya layanan terbaik level asia diturunkan pada satu indikator kinerja yaitu Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

1.1 Indikator Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

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). Survey dilakukan oleh pihak ekternal. Cara menghitung indikator tersebut:

Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Per unsur/ Total Unsur yang Terisi) x Nilai Penimbang

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

Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan x 25

Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur

TabelL.3.2 Perbandingan capaian kinerja indikator Skor Kepuasan Pelanggan(CSAT)

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Sem I 2025	78	89,62	115%	Tercapai
			Sem I 2026	90,64	88,06	97,15%	Belum Tercapai
			2029	Sangat Baik (88.83-100)	88.06*	99%	Target Akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel di atas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan semester I tahun 2026 tercapai 88,06 belum sesuai target yang ditetapkan sebesar 90,64 dengan capaian kinerja sebesar 97,15% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 turun sebesar 1,56%
3) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan semester I tahun 2026 sebesar 88,06% belum mencapai target jangka menengah tahun 2029.
4) Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan semester I tahun 2026 sebesar 88,06 telah memenuhi standar baik (76.61-88.3) dengan capaian kinerja sebesar 100%.

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

1) Melaksanakan rencana perbaikan pada unit pelayanan terkait;
2) Meningkatkan kompetensi petugas melalui pelatihan pelayanan prima;
3) Melaksanakan monitoring terhadap pelaksanaan rencana perbaikan;
4) Melaksanakan survei kepuasan secara berkala untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan.

Kendala/ masalah pencapaian target adalah:

1) Pasien dan pengunjung rumah sakit yang rutin melakukan pemeriksaan setiap

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

bulannya merasa terlalu sering melakukan penilaian/ mengisi lembar survei karena Rumah Sakit sudah melakukan survey setiap bulan;

2) Pelaksanaan tindak lanjut terhadap hasil survei belum optimal.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Unit kerja terkait melakukan tindak lanjut, monitoring dan evaluasi unsur nilai terendah untuk perbaikan, tindak lanjut dan monev;
2) Melakukan pemantauan terhadap tindak lanjut pasca survei.

Faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

1) Komitmen manajemen dalam mendukung peningkatan mutu pelayanan;
2) Penerapan standar pelayanan yang konsisten di seluruh unit pelayanan;
3) Peningkatan kompetensi sumber daya manusia melalui kegiatan pelatihan, pembinaan, dan evaluasi berkala terkait pelayanan prima;
4) Meningkatnya sikap ramah, responsif, dan profesional dari tenaga kesehatan serta tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan keluarga;
5) Optimalisasi sistem penanganan keluhan pelanggan sehingga setiap keluhan dapat ditindaklanjuti secara cepat;
6) Perbaikan sarana dan prasarana pelayanan;
7) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi mutu;
8) Pemanfaatan hasil survei kepuasan pelanggan periode sebelumnya sebagai dasar penyusunan program perbaikan mutu;

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Berdasarkan hasil survei Semester I Tahun 2026 diperoleh Indeks Kepuasan Masyarakat Semester I tahun 2026 adalah 88,06. Nilai tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pengunjung rumah sakit menyatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan.

2. Sasaran Strategis 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 Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian. Proporsi

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

pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total Pendapatan Operasional rumah sakit.

2.1 Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU

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.3.3 Perbandingan capaian kinerja indikator Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	Sem I 2025	1%	0,01%	1%	Belum Tercapai
			Sem I 2026	0,50%	0.01%	2%	Belum Tercapai
			2029	1%	0.01%*	1%	Target Akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel di atas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU semester I tahun 2026 tercapai 0,01% belum sesuai target yang ditetapkan sebesar 0,50% dengan capaian kinerja sebesar 2% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 tercapai sebesar 0,01%.
3) Realisasi indikator persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU semester I tahun 2026 sebesar 0,01% belum sesuai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 1%.

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

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

1) Pengembangan kompetensi SDM dalam penelitian
2) Peningkatan promosi dan pemasaran
3) Peningkatan system digitalisasi dan Big Data
4) Feasiblility study dan Pengembangan jejaring penelitian
5) Memperluas kerja sama dengan lembaga penelitian, universitas serta industri farmasi dan alkes dalam negeri maupun luar negeri.

Kendala/ masalah pencapaian target adalah

1) Honor narasumber belum dapat diakomodir dalam penerimaan pendapatan RS, karena skema pemberian honor peneliti masih mengikuti pola remunerasi, sponsor memberikan honor langsung kepada peneliti sehingga tidak tercatat sebagai pendapatan rumah sakit.
2) Pada penelitian "Optimalisasi TDM Fenitoin Berbasis Pemodelan Farmakokinetik/Farmakodinamik Populasi" bersama F. Farmasi UII, biaya pemeriksaan penunjang dan laboratorium masih tercatat sebagai pendapatan pelayanan reguler karena belum tersedia koding khusus penelitian pada sistem billing.
3) Tagihan fee pendapatan RS dari inovasi implan ortopedi bersama PT AMSA belum dapat diproses, dan sejumlah penelitian klinis lain masih dalam proses penyusunan PKS sehingga pendapatan baru dapat diklaim setelah PKS disepakati

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Meningkatkan capaian PKS penelitian klinis dengan aktif mengikuti proses *feasibility study*.

   CRU secara proaktif memantau dan merespons setiap undangan *feasibility study* dari sponsor/CRO/CRC dengan waktu tanggap yang lebih cepat, termasuk menyiapkan dokumen kesiapan RS (SDM, fasilitas, jumlah kasus potensial) secara terstandardisasi agar RSST lebih kompetitif dipilih sebagai site penelitian. Target: peningkatan jumlah PKS penelitian klinis baru yang disepakati per semester.
2) Memfasilitasi sistem pemberian honor narasumber sebagai bagian dari penerimaan pendapatan RS.

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

CRU berkoordinasi dengan Bagian Keuangan dan Remunerasi untuk merancang skema pencatatan honor narasumber/peneliti agar dapat masuk sebagai pendapatan RS terlebih dahulu sebelum didistribusikan ke peneliti, bukan ditransfer langsung oleh sponsor. Hal ini memerlukan penyesuaian regulasi internal RS terkait mekanisme remunerasi penelitian.

3) Memfasilitasi akun khusus penelitian untuk pemeriksaan penunjang dan laboratorium pada sistem billing.

   CRU mengajukan permohonan pembuatan kode tarif/billing khusus penelitian agar biaya tindakan, pemeriksaan dan penunjang termasuk laboratorium dan kegiatan lain yang terkait penelitian yang dibiayai sponsor tidak lagi tercampur dengan pendapatan pelayanan reguler pasien. Dengan akun terpisah, pendapatan dari aktivitas penelitian dapat teridentifikasi dan terekap secara akurat.

4) Memasukkan klausul honor narasumber sebagai pendapatan RS dalam PKS penelitian STEVIA, PKS penelitian Bersama PT Equilab dan akan diterapkan pada PKS penelitian klinis berikutnya.

5) Mengoptimalkan pendapatan dari izin etik penelitian. Kegiatan komite etik penelitian Kesehatan (KEPK) RS Soeradji yang melakukan review ijin etik peenelitian.

6) Melakukan rekapitulasi tagihan fee RS dari inovasi implan ortopedi bersama PT AMSA periode 2025-2026.

   CRU bersama unit terkait menyusun rekapitulasi menyeluruh atas kewajiban fee RS dari kerja sama inovasi implan ortopedi dengan PT AMSA sejak PKS disepakati (2025) hingga periode berjalan (2026), untuk selanjutnya diajukan sebagai tagihan resmi kepada mitra guna merealisasikan pendapatan yang tertunda.

7) Memasukkan inovasi dan HAKI sebagai sumber pendapatan RS.

   CRU berkoordinasi dengan unit Penelitian dan Pengembangan (Litbang) serta bagian hukum RS untuk menginventarisasi produk inovasi dan kekayaan intelektual (HAKI) yang dihasilkan dari kegiatan penelitian di RSST, serta merumuskan mekanisme komersialisasi atau lisensi sebagai sumber pendapatan baru bagi RS.

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

8) Menyediakan ruang standar sebagai lokasi (site) penelitian klinis.
   CRU menyiapkan dan memastikan kesiapan ruang site penelitian (mis. Rawat Inap Anak dan Laboratorium untuk Studi STEVIA, serta ruang untuk site visit PT Equilab) sesuai standar yang dipersyaratkan sponsor/CRO, guna meningkatkan daya saing RSST dalam proses seleksi site penelitian multisenter dan mempercepat proses onboarding penelitian baru.

Faktor pendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

1) Jumlah penelitian bertambah. Saat ini ada 5 penelitian klinis yang berjalan bersamaan (BRIN, F. Farmasi UII, GJA1-Vankomisin, STEVIA, dan PT Equilab), dari berbagai jenis mitra (akademisi, lembaga riset, dan industri). Ini menunjukkan RSST dipercaya sebagai lokasi penelitian.
2) Skema honor narasumber mulai diperbaiki. PKS Studi STEVIA sudah memasukkan honor narasumber sebagai pendapatan RS, dan hal yang sama sedang diupayakan pada draft PKS PT Equilab. Ini jadi contoh yang bisa diterapkan ke PKS-PKS berikutnya.
3) Persiapan penelitian STEVIA berjalan tepat waktu. Pelatihan GCP dan simulasi SIV sudah selesai sesuai jadwal, menuju rekrutmen subjek pada Agustus 2026 — yang berpotensi menambah pendapatan di semester berikutnya.
4) Sumber pendapatan lain mulai ditingkatkan. Rekapitulasi tagihan fee implan ortopedi (PT AMSA) dan pendataan potensi HAKI/inovasi mulai dilakukan sebagai sumber pendapatan tambahan di luar penelitian klinis.
5) Jumlah HAKI meningkat sebanyak 18 HAKI.

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Efisiensi Sumber Daya Manusia
   Pengelolaan lima penelitian klinis yang berjalan paralel (BRIN, F. Farmasi UII, GJA1-Vankomisin, STEVIA, dan PT Equilab) dilakukan oleh tim CRU inti dengan tambahan 2 (dua) orang asisten penelitian baru. Penambahan SDM ini tergolong efisien karena rasio penambahan staf (2 orang) jauh lebih kecil dibandingkan kebutuhan ideal apabila setiap penelitian ditangani oleh tim terpisah (idealnya membutuhkan penambahan SDM per studi). Dengan skema ini, 2 asisten penelitian baru mendukung

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

operasional kelima penelitian sekaligus, mencakup koordinasi administrasi, dokumentasi regulatori (GCP, PKS, ethical clearance), dan pendampingan proses site visit, sehingga beban kerja tim inti CRU tetap terkendali di tengah peningkatan jumlah kerja sama penelitian dibanding periode sebelumnya.

2) Efisiensi Waktu dan Sarana Pelatihan

Kegiatan pelatihan GCP dan simulasi SIV untuk penelitian STEVIA dilaksanakan bersama unit terkait (Rawat Inap Anak dan Laboratorium), sehingga proses pelatihan tim peneliti dan kesiapan unit pelayanan dapat berjalan dalam satu rangkaian kegiatan. Pendekatan ini mengurangi duplikasi jadwal serta penggunaan sumber daya waktu tenaga kesehatan di unit terkait, dibandingkan apabila pelatihan dan simulasi dilakukan secara terpisah untuk masing-masing unit.

3) Kebutuhan Dukungan Ruang dan Fasilitas Site Penelitian

Ruang dan fasilitas site penelitian saat ini masih memerlukan dukungan tambahan untuk menunjang beberapa proses site visit/feasibility study yang berjalan bersamaan, termasuk untuk penelitian bersama PT Equilab yang

3. Sasaran Strategis 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 persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) terintegrasi untuk seluruh layanan. Pengukuran implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back office.

3.1 Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:

- Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)

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

- 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: (∑ (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW)+(**ExW))

Tabel.3.4 Perbandingan capaian kinerja indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Sem I 2025	25%	70,79%	150%	Tercapai
			Sem I 2026	50%	73,87%	147,74%	Tercapai
			2029	100%	73.87%	73.87%	Target Akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan semester I tahun 2026 tercapai 73,87% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 50% dengan capaian kinerja sebesar 147,74% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 meningkat sebesar 3,08%.
3) Realisasi indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan semester I tahun 2026 sebesar 73,87% belum mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 100%.

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

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan antara lain:

1) Uji coba dan implementasi modul aplikasi yang telah diselesaikan.
2) Koordinasi rutin bersama PIC aplikasi.

Kendala pencapaian target adalah:

1) Sistem inventori belum terintegrasi dengan *Enterprise Resource Planning* (ERP).
2) Sistem HRIS dan Remunerasi belum terintegrasi dengan *Enterprise Resource Planning* (ERP).
3) 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.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Percepatan proses pengembangan aplikasi serta komunikasi lebih aktif dengan PIC aplikasi.
2) Usulan pengadaan aplikasi *Enterprise Resource Planning* (ERP) pada anggaran tahun 2027.

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

Keberhasilan pengembangan sistem atau aplikasi pendukung implementasi HIS ini sangat ditentukan oleh efektifitas kinerja Tim Pengembang Aplikasi serta didukung oleh tersedianya dokumentasi alur atau proses bisnis yang akan di implementasikan ke dalam sistem.

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Efisiensi sumber daya dalam proses pengmbangan sistem/ aplikasi sangat ditentukan oleh manajemen timeline setiap modul, sehingga seluruh tim bekerja efektif sesuai jadwal.
2) Efisiensi sumber daya setelah proses implementasi diperoleh dari banyaknya proses kerja yang sudah dibantu oleh sistem sehingga tidak memerlukan proses manual yang banyak dan lama.

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

4. Sasaran Strategis Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel diturunkan pada 2 indikator kinerja yaitu Skor BLU Maturity Rating dan Nilai SAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

4.1 Skor 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 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. 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 3.5 Perbandingan capaian kinerja indikator Skor BLU Maturity Rating

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Sem I 2025	Level 3	3,74	125	Tercapai
			Sem I 2026	Level 3	3,74	125	Tercapai
			2029	Level 4	3.74*	93,5	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Skor BLU Maturity Rating semester I tahun 2026 tercapai 3,74 telah sesuai target yang ditetapkan sebesar level 3 dengan capaian kinerja sebesar 125% dibandingkan target.

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

2) Realisasi indikator Skor BLU Maturity Rating semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 tercapai sama sebesar 3,74
3) Realisasi indikator Skor BLU Maturity Rating semester I tahun 2026 sebesar 3,74 belum mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 4.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian BLU Maturity rating:

1) Dilakukan kegiatan sosialisasi kepada unit kerja terkait maturity rating.
2) Melakukan pendampingan terhadap PIC pada pengisian dokumen setiap aspek

Penyebab/ Kendala/ Masalah pencapaian target adalah

1) Kepatuhan dalam pengumpulan data dukung
2) Pemahaman PIC dalam melengkapi dokumen pendukung.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Berkoordinasi aktif dengan tim verifikasi BLU Maturity Rating.
2) Melakukan koordinasi secara berkala dengan satuan kerja (PIC) terkait dokumen yang dibutuhkan untuk *self assesment maturity rating*.
3) Melakukan pendampingan kepada satuan kerja untuk proses penginputan dan dokumen yang dibutuhkan.
4) Melakukan *feedback* kepada PIC terkait dokumen yang belum sesuai.

4.2 Nilai Sakip RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan sistem yang dirancang untuk memastikan setiap instansi pemerintah memiliki perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi kinerja yang terukur serta transparan. Dengan penerapan SAKIP, instansi pemerintah dapat meningkatkan akuntabilitas sekaligus menciptakan efisiensi dalam penggunaan anggaran negara.

Komponen utama SAKIP yang menjadi fondasi sistem dalam mendukung kinerja pemerintah; perencanaan kinerja; pengukuran kinerja; pelaporan kinerja dan evaluasi kinerja. Implementasi komponen utama SAKIP membantu pemerintah menciptakan sistem kerja yang lebih efektif, efisien, dan akuntabel.

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

Tabel 3.6 Perbandingan capaian kinerja indikator Nilai SAKIP

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Nilai SAKIP	Sem I 2025	83	87,23	105%	Tercapai
			Sem I 2026	83	88,20	106%	Tercapai

Dari tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1) Realisasi indikator Nilai Sakip semester I tahun 2026 tercapai 88,20 (nilai sakip 2025) telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 83 dengan capaian kinerja sebesar 106% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Nilai Sakip semester I tahun 2026 (nilai sakip 2025) dibandingkan semester I tahun 2025 (nilai sakip 2024) naik sebesar 0,97
3) Realisasi indikator Nilai Sakip semester I tahun 2026 (nilai sakip 2025) belum bisa dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2029 karena indikator nilai sakip merupakan indikator direktif dari bapak Direktur Dirjen Kesehatan Lanjutan kepada Direktur Utama RS Vertikal Tahun 2026.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Nilai Sakip:

1) Mengupayakan inovasi pada perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, dan evaluasi kinerja dapat diakui dan menambah nilai SAKIP tahun 2026.
2) Mendokumentasikan setiap kegiatan Rapat Manajerial dalam bentuk Dokumen Resmi (UMAN) sebagai data dukung evaluasi SAKIP.

Penyebab/ Kendala/ Masalah pencapaian target adalah kurangnya komitmen SDM dan keterbatasan pemahaman untuk metodologi untuk meningkatkan nilai SAKIP.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Memperbarui dokumen pedoman yang akan habis masa berlakunya.
2) Mengusulkan penugasan pegawai yang relevan untuk mengikuti pelatihan SAKIP guna memastikan tersedianya evaluator internal yang kompeten.

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

1) Seluruh unit kerja telah menerapkan budaya kerja yang transparan, bersih, dan akuntabel.

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

2) Komitmen manajemen yang kuat dalam implementasi sistem akuntabilitas.

5. Sasaran Strategis 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.

5.1 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 3.7 Perbandingan capaian kinerja indikator Bed occupancy rate/ BOR

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupancy rate/ BOR	Sem I 2025	70%	75,50%	108%	Tercapai
			Sem I 2026	70%	76,29%	109%	Tercapai
			2029	70%	76.295*	109%	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) Semester I Tahun 2026 tercapai 76,29% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 70% dengan capaian kinerja sebesar 109% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) Semester I Tahun 2026 dibandingkan Semester I Tahun 2025 naik sebesar 0,79%.
3) Realisasi indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) Semester I Tahun 2026 sesuai standar nasional penggunaan BOR tempat tidur rawat inap (60-85%).
4) Realisasi indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) Semester I Tahun 2026 sebesar 76,29 telah mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 70%.

Nilai ideal BOR berkisar antara 60-85% (Depkes RI) atau 75-85% (standar internasional). Realisasi capaian BOR 2025 dan 2026 mencapai target yang ditetapkan dan berada pada nilai ideal yang ditetapkan sesuai standar nasional maupun internasional. BOR tahun 2026 sebesar 76% artinya tempat

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

tidur terisi selama periode semester I tahun 2026, menunjukkan tingkat penggunaan tempat tidur yang optimal dan efisiensi yang baik dan kualitas layanan terjaga.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) antara lain:

1) Optimalisasi percepatan proses admisi rawat inap dari IGD maupun IRJT
2) Melakukan sosialisasi layanan unggulan rumah sakit ke fasilitas perujuk
3) Segera merealisasikan penambahan 27 tempat tidur yang direncanakan Agustus 2026

Penyebab/ penghambat/ kendala pencapaian target adalah masih terdapat beberapa DPJP yang tidak melaksanakan visite tepat waktu, sehingga proses *turnover* tempat tidur menjadi lambat dan berdampak pada tidak optimalnya capaian BOR.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain dengan meningkatkan upaya promosi, inovasi pengembangan layanan, SDM, meningkatkan pelayanan prima dan memperbaiki sarana, prasarana

Faktor pendukung pencapaian terget indikator:
Keberhasilan pencapaian BOR sebesar 76,29% didukung oleh beberapa faktor, antara lain optimalisasi proses admisi pasien rawat inap dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun instalasi Rawat Jalan Terpadu (IRJT), sehingga pasien yang membutuhkan perawatan dapat segera memperoleh tempat tidur. Selain itu, pelaksanaan promosi dan sosialisasi layanan unggulan rumah sakit kepada fasilitas pelayanan kesehatan perujuk turut meningkatkan jumlah rujukan pasien rawat inap. Upaya peningkatan mutu pelayanan melalui pengembangan kompetensi sumber daya manusia, penerapan pelayanan prima, serta perbaikan sarana dan prasarana juga berkontribusi dalam meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit.

Analisa Efisiensi Sumber Daya:
Capaian BOR sebesar 76.29% telah melampaui target rumah sakit sebesar 70% dan berada dalam rentang ideal menurut standar Kementerian

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

Kesehatan Republik Indonesia maupun standar internasional. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan sumber daya, khususnya kapasitas 432 tempat tidur, telah berlangsung secara efisien. Tingkat keterisian tempat tidur yang optimal mencerminkan keseimbangan antara kapasitas yang tersedia dengan kebutuhan pelayanan pasien, sehingga tidak terjadi kelebihan kapasitas

6. Sasaran Strategis 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.

6.1 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

Target HAIs adalah menurunkan angka kejadian infeksi ≥10%, Baseline data capaian Triwulan I Tahun 2026.

Tabel 3.8 Perbandingan capaian kinerja indikator Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Sem I 2025	100%	100%	100%	Tercapai
			Sem I 2026	100%	100%	100%	Tercapai
			2029	100%	100%*	100%	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

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

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator *Healthcare Associated Infections* (HAIs) *rates* semester I tahun 2026 tercapai 100% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 100% dengan capaian kinerja sebesar 100% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator *Healthcare Associated Infections* (HAIs*) rates* semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 tercapai sebesar 100%.
3) Realisasi indikator *Healthcare Associated Infection*s (HAIs) *rates* semester I tahun 2026 sebesar 100% telah mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 70%.
4) Realisasi indikator *Healthcare Associated Infections* (HAIs) *rates* semester I tahun 2026 telah memenuhi target dengan capaian kinerja sebesar 100%.

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

1) Resosialisasi bundles HAIs
2) *Inhouse Training* (IHT) terkait pencegahan dan pengendalian infeksi.

Penyebab/ penghambat pencapaian target adalah:

1) Pasien terjadi defisiensi imun sehingga mudah terkena infeksi
2) Pelaksanaan bundle IADP kurang maksima.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Pertahankan penerapan Bundles HAIs (CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI)
2) Pelaksanaan surveilans terus dilakukan dan ditingkatkan
3) Mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan pelaksanaan kewaspadaan isolasi (standar dan trasmisi)

Faktor pendukung pencapaian terget indikator:

1) Man: Kepatuhan naik
2) Metode: bundle dijalankan
3) Material: ketersediaan sarana
4) Mesin: sterilisasi terjamin
5) Manajemen: komitmen

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

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Man: SDM Cukup
2) Anggaran : IHT Pelatihan 5 Dasar
3) Sarana prasarana: tersedia
4) Machine : kalibrasi alat sesuai
5) Time : laporan tepat waktu

6.2 Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

Indikator ini bertujuan agar terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke. Rumus indikator ini adalah (Jumlah pasien stroke iskemik dengan onset <4,5 jam mendapatkan terapi rTPA intravena / Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam) x 100%

Tabel 3.9 Perbandingan capaian kinerja indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	Sem I 2025	≥80%	100%	125%	Tercapai
			Sem I 2026	≥80%	100%	125%	Tercapai
			2029	≥80%	100%*	125%	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena Semester I Tahun 2026 tercapai 100% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian kinerja sebesar 125% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena Semester I Tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 sebesar 100%.

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

3) Realisasi indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena Semester I Tahun 2026 sebesar 100% telah mecapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 80%.

Kegiatan-kegiatan/ program yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena antara lain Kolaborasi dengan MPP atau manajemen untuk melakukan konferensi klinik pada pasien yang mendapatkan obat rTPA yang door to needle >45 menit dengan melibatkan DPJP Neuro, Divisi Penyakit Dalam maupun Divisi Kardiologi.

Kendala/ Masalah pencapaian target adalah:
Pasien dengan gula darah>250 mmHg harus dilakukan stabilisasi penurunan gula darah dan tekanan darah dahulu sebagai syarat obat rTPA bisa diberikan. Target door to needle <45 menit, namun door to needle terapi rTPA masih sekitar 65-150 menit, sehingga door to needle <45 menit belum tercapai. Beberapa faktor yang menyebabkan door to needle tidak tercapai adalah kondisi pasien yang harus dilakukan stabilisasi penurunan tekanan darah dan gula darah yang melebihi syarat inklusi rTPA bisa diberikan. kondisi pasien yang berbeda-beda dalam merespon obat penurunan tekanan darah, ada beberapa [asien memerlukan waktu yang leih lama.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:
Konferensi klinik pada beberapa pasien yang mendapatkan obat rTPA yang door to needle >45 menit yang melibatkan DPJP Neuro, Divisi Penyakit Dalam maupun Divisi Kardiologi.

Faktor pendukung pencapaian target indikator:
Didapatkan strategi klinik atau protokol yang aman pada stroke infark hiperakut yang mendapatkan rTPA <45 menit bisa tercapai, sehingga outcome klinis perbaikan pada pasien bisa tercapai.

Analisis Efisiensi Sumber Daya:
Harapannya setelah dilakukan konferensi klinik akan mendapatkan hasil strategic klinik agar penurunan gula darah dan tekanan darah pada pasien stroke infark

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

hiperakut bisa lebih cepat, efektif, aman pada pasien sehingga *door to needle* rTPA<45 menit bisa tercapai.

6.3 Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di rawat jalan (*one day care*) dengan *clinical pathway*

Pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi *taxan based* atau *anthracycline based* di ruang rawat jalan (rawat sehari atau *one day care*) dan sesuai dengan CP rumah sakit. Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker payudara yang diberikan secara sistemik. Persiapan yang baik akan membuat pelaksanaan kemoterapi sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. *Clinical pathway* (CP) adalah proses multidisiplin terkait perawatan pasien secara tepat waktu dengan sumber daya dan tata laksana sesuai.

Rumus indikator ini adalah Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di ruang rawat jalan dan sesuai dengan CP yang tersedia di RS ÷ Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi ruang rawat jalan) x 100%.

Tabel 3.10 Perbandingan capaian kinerja indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dengan *Clinical Pathway*	Sem I 2025	80%	100%	125%	Tercapai
			Sem I 2026	80%	100%	125%	Tercapai
			2029	80%	100%*	125%	Target Akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dengan *Clinical Pathway* semester I tahun 2026 tercapai 100% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 80% dengan capaian kinerja sebesar 125% dibandingkan target.

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

2) Realisasi indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dengan *Clinical Pathway* semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 tercapai sebesar 100%.
3) Realisasi indikator Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (*One Day Care*) dgn *Clinical Pathway* semester I tahun 2026 sebesar 100% telah mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 80%.

Kegiatan-kegiatan/ program yang mendukung kinerja:

1) Koordinasi lintas profesi (dokter, perawat, farmasi, dan unit terkait) dalam pelaksanaan kemoterapi sesuai standar pelayanan.
2) Optimalisasi pembagian tugas petugas penyusun *Clinical Pathway* pada setiap shift pelayanan.

Kendala/ Masalah pencapaian target adalah pembagian petugas yang membuatkan CP apabila banyak pasien kanker payudara yang datang di shift pagi.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain dengan melakukan koordinasi dengan petugas shift berikutnya untuk membuatkan CP yang belum terselesaikan apabila shift yang bertugas masih mengerjakan kemoterapi

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

Keberhasilan pencapaian indikator didukung oleh komitmen tenaga kesehatan dalam menerapkan *Clinical Pathway* secara konsisten, tersedianya standar pelayanan yang jelas, koordinasi yang baik antarprofesi, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap kepatuhan implementasi *Clinical Pathway*. Selain itu, komunikasi yang baik antarpetugas pada saat pergantian shift memungkinkan penyelesaian Clinical Pathway tetap berjalan meskipun terjadi peningkatan jumlah pasien, sehingga capaian indikator dapat dipertahankan sebesar 100%.

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

Analisa Efisiensi Sumber Daya:

1) Pelaksanaan pelayanan telah memanfaatkan sumber daya manusia, sarana, dan prasarana yang tersedia secara optimal sehingga seluruh pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi rawat jalan dapat memperoleh pelayanan sesuai *Clinical Pathway*. Koordinasi antarpetugas pada setiap shift mampu menjaga kesinambungan pelayanan tanpa memerlukan tambahan sumber daya yang signifikan, sehingga target indikator dapat dicapai secara efektif dan efisien.

7. Sasaran Strategis 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.

7.1 % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS adalah pendapatan yang didapatkan tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). Pencapaian target non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes_ No.26 Tahun 2022. RS Soeradji pada tahun 2026 menetapkan target pendapatan non JKN sebesar 15%. Rumus % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS: (Pendapatan non JKN / total pendapatan operasional) x 100%.

Tabel 3.11 Perbandingan capaian kinerja indikator Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS	Sem I 2025	10%	8%	80%	Belum tercapai
			Sem I 2026	15%	10%	66.67%	Belum tercapai
			2029	50%	10%*	20%	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

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

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS semester I tahun 2026 tercapai 10% belum sesuai target yang ditetapkan sebesar 15% dengan capaian kinerja sebesar 66,67% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 naik sebesar 2%.
3) Realisasi indikator Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS semester I tahun 2026 sebesar 10% belum mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 50% dengan capaian 20% dibandingkan target.

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

1) RSUP dr Soeradji Tirtonegoro sudah menerapkan *trauma center* patah tulang langsung ditindaklanjuti.
2) Marketing focus pada *private insurance*.
3) Bekerjasama dengan Dinkes Klaten untuk pemeriksaan haji.
4) Meningkatkan pelayanan *homecare*.
5) Meningkatkan pelayanan MCU.

Penyebab/ penghambat/ kendala pencapaian target adalah:

1) Alur Non-JKN belum satu pintu.
2) Belum tersedia layanan One Stop Service.
3) Jadwal Poli Eksekutif dan beberapa dokter masih terbatas.
4) Alur Non-JKN masih bercampur dengan JKN.
5) Kompetitor menawarkan diskon dan paket layanan yang lebih menarik.
6) Kompetitor memberikan proses pelayanan yang lebih cepat dan nyaman.
7) Branding layanan unggulan belum sekuat rumah sakit pesaing..

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Menyusun dan menerapkan alur pelayanan Non-JKN terintegrasi (single gateway) mulai dari pendaftaran, pelayanan, hingga pembayaran.

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

2) Melakukan penyesuaian dan penambahan jadwal praktik dokter berdasarkan kebutuhan dan permintaan pasar.
3) Mengembangkan layanan One Stop Service dengan mengintegrasikan konsultasi, penunjang, tindakan, farmasi, dan pembayaran dalam satu area.
4) Memisahkan jalur pelayanan, ruang tunggu, serta petugas khusus pasien Non-JKN untuk meningkatkan kecepatan layanan.
5) Meningkatkan promosi digital, kegiatan group selling, sales visit, hospital tour, serta edukasi layanan unggulan secara konsisten.
6) Meningkatkan standar pelayanan prima, pendampingan pasien (patient assistance), dan percepatan waktu tunggu pada setiap titik layanan.

8. Sasaran Strategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAH diturunkan pada 2 indikator kinerja yaitu Skor Tingkat Kepuasan Pegawai dan *Training Effectiveness Index* (TEI).

8.1 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). Survey dilakukan oleh pihak eksternal.

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

Tabel 3.12 Perbandingan capaian kinerja indikator Skor tingkat kepuasan pegawai

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian (%)	Ket
1	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor tingkat kepuasan pegawai	Sem I 2025	76,61	81,08	106	Tercapai
			Sem I 2026	78	81,09	104	Tercapai
			2029	Sangat Puas (88.83-100)	81,09*	91,28	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Skor tingkat kepuasan pegawai Semester I Tahun 2026 tercapai 81,09 telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 78 dengan capaian kinerja sebesar 104% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Skor tingkat kepuasan pegawai Semester I Tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 meningkat 0.01.
3) Realisasi indikator Skor tingkat kepuasan pegawai Semester I Tahun 2026 sebesar 81,09 belum sesuai target jangka menengah tahun tahun 2029 sebesar 88,83 atau sangat puas.

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

1) Peningkatan pendapatan melalui diversifikasi pelayanan;
2) Efisiensi pegawai sesuai dengan perhitungan beban kerja pegawai;
3) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan remunerasi;
4) Membentuk tim audit remunerasi internal
5) Sosialisasi kebijakan remunerasi
6) Pemberian kopensasi non finansial

Penyebab/ penghambat pencapaian target adalah:

Belum semua pegawai belum mengikuti survei (sudah memenuhi populasi dan sample)

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

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Peningkatan pendapatan melalui diversifikasi pelayanan;
2) Efisiensi pegawai sesuai dengan perhitungan beban kerja pegawai;
3) Meningkatkan kompensasi non finansial.
4) Akan dilakukan monitoring dan evaluasi lanjutan di tahun 2026 melalui survey kepuasan pegawai.

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Efisiensi Anggaran & SDM Internal: Survei ini diselenggarakan secara mandiri oleh pihak internal melalui Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia sebagai PIC. Hal ini mengeliminasi kebutuhan anggaran pihak ketiga (konsultan eksternal) sekaligus mengoptimalkan kompetensi staf SDM internal yang ada
2) Efisiensi Waktu dan Proses Melalui E-Survei: Penggunaan teknik kuesioner secara elektronik (e-survei) di samping tatap muka/wawancara berhasil memangkas waktu pengumpulan data serta menghemat penggunaan kertas (paperless). Metode ini mempercepat proses tabulasi dan kalkulasi otomatis menggunakan skala Likert berdasarkan formula penimbang yang baku.
3) Efisiensi Pengumpulan Data Terpusat: Pengumpulan data dilakukan terstruktur dengan melibatkan seluruh pegawai di setiap direktorat rumah sakit. Pendekatan koordinatif ini membuat proses penjangkauan seluruh sasaran responden menjadi lebih cepat dan tepat sasaran

8.2 Training Effectiveness Index (TEI)

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). Rumus perhitungan TEI: % nakes dan named yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh RS.

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

Tabel 3.13 Perbandingan capaian kinerja indikator Training Effectiveness Index (TEI)

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Training Effectiveness Index (TEI)	Sem I 2025	70%	16%	23%	Belum Tercapai
			Sem I 2026	73,75%	20.41%	27.67%	Belum Tercapai
			2029	85%	20.41%*	24.01%	Target akhir

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) semester I tahun 2026 tercapai 20.41% belum memenuhi target yang ditetapkan sebesar 73.75% dengan capaian kinerja sebesar 27.67% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 naik sebesar 3.59%.
3) Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) semester I tahun 2026 sebesar 20.41% belum sesuai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 85%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian Training Effectiveness Index antara lain:

1) Pelatihan diselenggarakan oleh RS (in-house training).
2) Diseminasi pascapelatihan secara rutin per minggu.
3) Resosialisasi pelaporan pelatihan yang diikuti di luar RS untuk Named dan Nakes.

Kendala/ Masalah pencapaian target adalah:

1) Kegiatan pelatihan yang dilakukan SDM secara mandiri belum melaporkan kegiatannya.
2) Pelatihan yang mendapat fasilitas pembiayaan RS sesuai skala prioritas kebutuhan yang disesuaikan dengan pengembangan layanan mengingat adanya efisiensi anggaran.

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

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Melakukan resosialisasi secara rutin bagi peserta pelatihan di luar RS melalui link yang telah disediakan.
2) Meningkatkan pelatihan/seminar di dalam RS menyesuaikan anggaran, termasuk mengadakan kegiatan secara daring.
3) Membuat surat edaran terkait TEI.
4) Meningkatkan kegiatan diseminasi pasca pelatihan yang disampaikan oleh Named/Nakes yang dikirim ke pelatihan di luar RS.

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

1) Pelatihan di dalam RS bisa diikuti lebih banyak peserta dari dalam RS dengan biaya lebih terjangkau.
2) Melalui desiminasi paska pelatihan, kompetensi yang update dari luar RS dapat ditularkan ke Named dan Nakes dalam RS dan dapat diikuti lebih banyak peserta.
3) Adanya resosialisasi link pelaporan pelatihan yang diikuti di luar RS akan meningkatkan capain TEI dan mempermudah perhitungan TEI secara *up to date*.

Analisis Efisiensi Sumber Daya:

1) Dengan meningkatkan pelatihan di dalam RS, anggaran yang dibutuhkan lebih kecil.
2) Dengan adanya diseminasi pasca pelatihan, kompetensi yang diperoleh dari pelatihan di luar RS dapat dibagikan kepada Named dan Nakes di dalam RS.
3) Dengan melaporkan pelatihan di luar RS melalui link pelaporan akan meningkatkan pencapaian TEI.

9. Sasaran Strategis Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

Pengukuran sasaran strategis Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal diturunkan pada 1 indikator kinerja yaitu EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto).

9.1 EBITDA Margin

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,

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

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 3.14 Perbandingan capaian kinerja indikator EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA Margin	Sem I 2025	1%	8%	110%	Tercapai
			Sem I 2026	1%	10%	1000%	Tercapai
			2029	2%	10%*	500%	Tercapai

Catatan :*) Realisasi semester I Tahun 2026

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto) semester I tahun 2026 tercapai 10% telah sesuai target yang ditetapkan sebesar 1% dengan capaian kinerja sebesar 1000% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto) semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 naik sebesar 2%.
3) Realisasi indikator EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto) semester I tahun 2026 sebesar 10% sudah mencapai target jangka menengah tahun 2029 sebesar 2%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian target EBITDA margin (1% terhadap pendapatan operasional netto) antara lain:

1) Optimalisasi kamar operasi, perluasan layanan non jkn dan penambahan 23 bed pada Agustus 2026.

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

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

1) Biaya operasional yang masih cukup tinggi

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Meningkatkan efisiensi sesuai Surat Edaran (NOMOR: HK.02.03/D.XXVI/1906/2026 TENTANG Penghematan Listrik, Air dan AC di Lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
2) Dilakukan penjabaran cascading dalam kontrak kinerja sampai staf.
3) Mentaati anggaran sesuai program

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

1) Pengendalian biaya operasional

10. Sasaran Strategis Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Unit Kerja

Pengukuran sasaran strategis Meningkatnya tata Kelola organisasi dan pengendalian intern unit kerja terdiri dari 4 indikator sebagai berikut:

10.1 Indikator Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Tabel 3.15 Perbandingan capaian kinerja indikator Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Sem I 2025	80,10	52	65%	Belum Tercapai
			Sem I 2026	92,75	51.78	55,82%	Belum Tercapai

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Nilai Kinerja Anggaran semester I tahun 2026 tercapai 51.78 belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 92.75 dengan capaian kinerja sebesar 56% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Nilai Kinerja Anggaran semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 turun sebesar 0.22
3) Realisasi indikator Nilai Kinerja Anggaran semester I tahun 2026 sebesar 51.78 tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah karena indikator ini

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

merupakan indikator direktif dari Dirjen Kesehatan Lanjutan kepada direktur Utama RS Vertikal

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

1) Melibatkan seluruh unit kerja dalam proses perencanaan

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

1) Pada triwulan II belum tercapai, nilai maksimal akan terlihat pada akhir tahun.

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Mentaati program dan segera memproses pengadaan yang sudah masuk program

Analisa Penyebab Keberhasilan:

1) komitmen pimpinan dalam mengawal pelaksanaan anggarandan seluruh unit kerja bertanggungjawab terhadap pencapaian target
2) anggaran digunakan secara hemat efektif tanpa mengurangi output yang dihasilkan
3) pelaksanaan anggaran dilaksanakan tepat waktu sehingga penyerapan anggaran tidak menumpuk diakhir tahun

10.2 Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Tabel 3.16 Perbandingan capaian kinerja indikator Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Sem I 2025	N/A	N/A	N/A	N/A
			Sem I 2026	82,00	84.31	102.81	Tercapai

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Indeks Kualitas SDM semester I tahun 2026 tercapai 84.31 telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 82 dengan capaian kinerja sebesar 102.81% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Indeks Kualitas SDM semester I tahun 2026 tidak bisa dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2025 karena tahun 2025 indikator ini belum ada

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

3) Realisasi indikator Indeks Kualitas SDM semester I tahun 2026 sebesar 84.31 tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah karena indikator ini merupakan indikator direktif dari Dirjen Kesehatan Lanjutan kepada direktur Utama RS Vertikal

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian indikator Indeks Kualitas SDM antara lain:

1) Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan melalui workshop, bimbingan teknis, dan webinar pada aplikasi LMS
2) Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan melalui workshop, bimbingan teknis, dan webinar eksternal selain melalui LMS

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

1) Belum semua pegawai mengikuti pengembangan kompetensi baik melalui LMS maupun diluar LMS sehingga tidak mempunyai nilai tambah untuk mendongkrak Nilai Indeks Profesionalitas ASN pada indikator Kompetensi

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

Mengoptimalkan pelaksanaan program pengembangan kompetensi pada Semester II serta mendorong seluruh pegawai untuk mengikuti pelatihan sesuai kebutuhan kompetensi jabatan misalnya melalui *inhouse training* (IHT) dan *Exhouse training* (EHT).

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

1) Keberhasilan pencapaian indikator didukung oleh komitmen pimpinan dan seluruh unit kerja dalam pelaksanaan pengembangan SDM
2) Koordinasi yang baik antar unit kerja
3) Sikap partisipasi aktif pegawai dalam kegiatan pengembangan kompetensi dan pelatihan sesuai dengan kompetensi jabatan

Analisa Efisiensi Sumber Daya:

1) Pelaksanaan kegiatan dilakukan sesuai prioritas dengan memanfaatkan metode pembelajaran daring melalui LMS pada portal e-office dan portal pembelajaran online lainnya sehingga target dapat tercapai secara efektif dan efisien

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

10.3 Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Tabel 3.17 Perbandingan capaian kinerja indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Sem I 2025	N/A	N/A	N/A	N/A
			Sem I 2026	95%	100%	105%	Tercapai

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semester I tahun 2026 tercapai 100% telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan capaian kinerja sebesar 105% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semester I tahun 2026 tidak bisa dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2025 karena tahun 2025 indikator ini belum ada
3) Realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semester I tahun 2026 sebesar 84.31 tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah karena indikator ini merupakan indikator direktif dari Dirjen Kesehatan Lanjutan kepada direktur Utama RS Vertikal

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menunjang pencapaian indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro antara lain:

1) Pemutakhiran dan rekonsiliasi data Tindak Lanjut Hasil Audit secara berkala bersama Itjen Kemenkes dan BPK

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

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah Lamanya terbit LHP resmi dari BPK

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:
Mempertahankan capaian indikator dengan mengoptimalkan monitoring tindak lanjut atas rekomendasi hasil audit BPK dengan unit terkait (auditan)

Faktor pendukung pencapaian target indikator:

1) Komitmen manajemen yang kuat dalam penyelesaian temuan BPK sebagai prioritas utama
2) Sinergi dan koordinasi antara SPI dan unit terkait (auditee) dalam mempercepat penyelesaian temuan BPK
3) Sinergi dan koordinasi antara SPI dengan SKI Keslan dan Itjen Kemkes

10.4 Indikator Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

Tabel 3.18 Perbandingan capaian kinerja indikator Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Tahun	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Sem I 2025	96%	38,41%	40.01%	Belum Tercapai
			Sem I 2026	96%	28.01%	29,17%	Belum Tercapai

Dari tabel diatas dapat dijelaskan:

1) Realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran semester I tahun 2026 tercapai 28.01% belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan capaian kinerja sebesar 29.17% dibandingkan target.
2) Realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran semester I tahun 2026 dibandingkan semester I tahun 2025 turun sebesar 10.84%
3) Realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran semester I tahun 2026 sebesar 28.01% tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah karena indikator ini merupakan indikator direktif dari Dirjen Kesehatan Lanjutan kepada direktur Utama RS Vertikal

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

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

1) Akselerasi pelaksanaan pengadaan
2) Koordinasi dengan PMU terkait project onkologi untuk percepatan pengadaa Alat Kesehatan Gedung Onkologi dari sumber dana PHLN / Loan IsDB

Penyebab/penghambat/kendala pencapaian target adalah:

1) Pada semester I belum tercapai, akan tercapai pada akhir tahun 2026
2) Sebagian kegiatan belum dapat dilaksanakan karena proses pengadaan masih berlangsung.
3) Pengadaan Alat Kesehatan Gedung Onkologi mengalami keterlambatan karena harus ada *Equipment Consultan* (EQC)yang proses pengadaannya di Biro PBJ Kemenkes dan baru terpilih serta berkontrak pada tanggal 13 Juli 2026
4) Progress Pembayaran untuk Pekerjaan Konstruksi Gedung Onkologi terealisasi di semester I tahun 2026 baru terealisasi 2 termin pembayaran , dari rencana 6 termin di Tahun 2026 dimana tagihan termin mengikuti progress konstruksksi yang saat ini masih berlangsung sampai tanggal 15 Oktober 2026

Tindak lanjut penyelesaian terhadap permasalahan yang dihadapi antara lain:

1) Koordinasi terkait proses realisasi anggaran.
2) Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait untuk mempercepat proses pengadaan
3) Percepatan tagihan pembayaran dan penyerapan anggaran
4) Percepatan Proses Pengadaan Alat Kesehatan Gedung Onkologi dari sumber PHLNN IsDB dan Percepatan kedatangan alat agar bisa dibayarkan di tahun 2026

B. EFISIENSI SUMBER DAYA

Pencapaian kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Semester I Tahun 2026 tidak terlepas dari tersedianya Sumber Daya yang ada baik sumber daya manusia, sumber daya anggaran dan sumber daya sarana dan prasarana.

1. Sumber daya manusia

   Manajemen rumah sakit terus mengupayakan program pemberdayaan sumber daya manusia dengan meningkatkan kompetensi dan/ atau profesionalitas pegawai, hal ini dilaksanakan guna efisiensi serta efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan

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

di lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro. Untuk analisa atas efisiensi penggunaan sumber daya manusia, RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro memberikan tanggungjawab kinerja kepada bagian yang berhubungan dengan target kinerja dan setiap pegawai melaksanakan kinerja sesuai tupoksi masing-masing serta membuat laporan kinerja berupa log book.

Disamping penilaian terhadap kinerja, setiap pegawai juga wajib menjalankan presensi secara disiplin dimana setiap keterlambatan atau pulang awal akan dikenakan sanksi berupa pengurangan nilai indeks kinerja individu (IKI) yang berpengaruh terhadap remunerasi.

2. Sumber dana /Anggaran

Tabel 3.19 sumber dana/Anggaran

No	Program	Anggaran (Rp)	Sumber Dana	Pagu (Rp)	Penyerapan	%
1	Program Dukungan Manajemen	80.849.405.000	Rupiah Murni	80.849.405.000	41.626.467.600	51,49%
2	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	783.949.008.000	PNBP BLU	535.677.314.000	158.817.495.648	29,65%
3			PHLN	248.271.694.000	**23.765.050.086**	**9,57%**
	Jumlah	**864.798.413.000**		**864.798.413.000**	**242.248.872.685**	**28,01%**

3. Efisiensi

Upaya efisiensi yang dilakukan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro adalah sebagai berikut:

1) Efisiensi pengadaan barang dan jasa melalui konsolidasi, E-Katalog. Proses pengadaan dilakukan oleh PPK melalui Lelang LPSE maupun e catalog
2) Pembayaran belanja pegawai (SDM) mengikuti kebijakan MKKO, misalnya pengangkatan dokter dengan status dokter mitra, perawat/ bidang dengan magang (Poltekkes, Depnaker), dengan mengimplementasikan minus growth.
3) Membatasi biaya perjalanan dinas dengan selektif dalam pengiriman SDM, melakukan pengembangan SDM secara daring, penyelengggaraan rapat-rapat di dalam kantor (tidak di hotel/di luar)
4) Kebijakan penggunaan media transportasi untuk pegawai yang melakukan perjalanan dinas yang semula menggunakan pesawat menjadi menggunakan kereta api.

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

5) Mentaati surat edaran (Nomor: KR.03.05/D.XXVI/1523/2025 tentang penghematan Listrik, Air dan AC di Lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro)
6) Melalui digitalisasi proses bisnis sehingga dapat mengurangi kertas, mempercepat administrasi serta meningkatkan produktifitas.

C. REALISASI ANGGARAN

Alokasi dan Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dalam kurun waktu 5 tahun sebagai berikut:

Tabel 3.20 Alokasi dan Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2022-2026

Tahun Anggaran	Alokasi	Realisasi	%
2022	399.181.598.000	134.025.087.438	33,58
2023	405.412.441.000	149.604.819.336	36,9
2024	476.227.170.000	204.504.778.539	42,94
2025	578.169.074.000	222.055.648.329	38,41
2026	864.798.413.000	242.248.872.685	28,01

Realisasi 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 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 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 Kementerian Kesehatan Tahun 2025 adalah sebesar Rp.222.055.648.329. atau 38,41% dari anggaran belanja sebesar Rp 578.169.074.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni dan Badan Layanan Umum.

Realisasi belanja Kementerian Kesehatan Tahun 2026 adalah sebesar Rp242.248.872.685,- atau 28,01% dari anggaran belanja sebesar Rp 864.798.413.000 (sumber: Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi).

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

Tabel 3.21 Alokasi dan Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2026

No	Program	Anggaran (Rp)	Sumber Dana	Pagu (Rp)	Penyerapan	%
1	Program Dukungan Manajemen	80.849.405.000	Rupiah Murni	80.849.405.000	41.626.467.600	51,49%
2	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	783.949.008.000	PNBP BLU	535.677.314.000	**158.817.495.648**	**29,65%**
			B. Barang	453.489.883.000	151.387.990.000	33,38%
			B. Modal	82.187.431.000	7.429.505.648	9,04%
3			PHLN	248.271.694.000	**23.765.050.086**	**9,57%**
	Jumlah	**864.798.413.000**		**864.798.413.000**	**242.248.872.685**	**28,01%**

Alokasi dan realisasi anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berdasarkan jenis belanja tahun 2026 semester I, untuk belanja pegawai terealisasi Rp 41.626.467.600,- atau 51,49% dari total alokasi Rp 80.849.405.000,-. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp 151.387.990.000,- atau 33,38% dari total anggaran Rp 453.489.883.000,-. Adapun untuk belanja modal terealisasi sebesar Rp.7.429.505.648,- atau sebesar 9,04% dari total anggaran Rp 82.187.431.000,-. Adapun realisasi dari PHLN sebesar 23.765.050.086,- atau 9.57% dari total anggaran Rp 248.271.694.000,-.

Alokasi dan realisasi anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro menurut program Semester I Tahun 2026 meliputi Program Pelayanan Kesehatan dan JKN direalisasikan Rp. 182.582.545.734,- atau 23,29% dari total anggaran Rp 783.949.008.000,-. Adapun untuk Program Dukungan Manajemen terealisasi sebesar Rp 41.626.467.600,- atau 51,49% dari total anggaran Rp 80.849.405.000,-.

D. PENGHARGAAN SEMESTER I TAHUN 2026

1. Penghargaan Peringkat Pertama Satuan kerja dengan kecepatan dan akurasi rekonsiliasi Data serta kecepatan dan ketepatan penyampaian Laporan Keuangan Tingkat Satuan Kerja Terbaik Lingkup Wilayah kerja Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara Tipe A1 Klaten Tahun Anggaran 2025

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



2. Penghargaan Healthcare Asia Awards 2026 sebagai Health and Wellness Initiative of the Year - Indonesia



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

3. Penghargaan Healthcare Asia award sebagai Smart Hospital Initiative of the Year-Indonesia



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

BAB VI
PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Semester 1 Tahun 2026 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 2026 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.

Dari 17 Indikator Kinerja pada 10 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2026, tercapai 11 Indikator Kinerja . Berdasarkan capaian kinerja Semester 1 Tahun 2026 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Adapun Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya tercapai 100% atau lebih adalah sebagai berikut:

1. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto) tercapai 9% dari target 1% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 900%.
2. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan tercapai 73.87% dari target 50% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 147,48%.
3. Skor Tingkat kepuasan pegawai tercapai 81.09 dari target 78 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 104%.
4. BLU Maturity Rating tercapai 3.74 dari target 3 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 125%.
5. Bed Occupancy Rate (BOR) tercapai 76.29% dari target 70% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 108.99%.
6. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates tercapai 100% dari target penurunan 10% dari baseline triwulan I tahun 2026 (100%) atau persentase pencapaian kinerja

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

sebesar 100%.

7. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4> 5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena (Perspektif Bisnis internal) tercapai 100% dari target ≥80% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 125%.
8. Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn Clinical Pathway"tercapai 100% dari target ⩾ 80% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 125%.
9. Nilai SAKIP tercapai 88.20 dari target 83 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 106%.
10. Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tercapai 84.31 dari target 82 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 106%.
11. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro tercapai 100% dari target 95% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 106%.

Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya belum tercapai 100 adalah sebagai berikut:

1. Skor kepuasan pelanggan (CSAT) tercapai 88.06 dari target 90.64 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 97%.
2. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian tercapai 0.01% dari target 0.5% dari target pendapatan atau persentase pencapaian kinerja sebesar 2%
3. Training effectiveness index tercapai 20.41% dari target 73.75% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 27.67%
4. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS tercapai 10% dari target 15% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 67%
5. Nilai Kinerja Penganggaran tercapai 51.78 dari target 92.75 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 56%
6. Realisasi Anggaran tercapai 28.01% dari target 96% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 29.18%

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

Tabel 4.1 Kendala pencapaian target pada indikator yang pencapaiannya < 100% diantaranya adalah

No	Indikator Kinerja	Kendala	Tindak Lanjut
1	Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Pelaksanaan tindak lanjut terhadap hasil survei belum optimal.	Unit kerja terkait melakukan tindak lanjut, monitoring dan evaluasi unsur nilai terendah untuk perbaikan, tindak lanjut dan monitoring dan evaluasi tindak lanjut pasca survey
2	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Tercapai maksimal pada akhir tahun	Meningkatkan kerjasama dengan peneliti ekternal
3	Training effectiveness index	Tercapai maksimal pada akhir tahun	Tercapai maksimal pada akhir tahun
		Kegiatan SDM yang dilakukan secara mandiri belum dilaporkan	melakukan resosialisasi secara rutin bagi peserta pelatihan diluar RS melalui link yang sudah disediakan.
4	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Alur Non-JKN belum satu pintu.	Menyusun dan menerapkan alur pelayanan Non-JKN terintegrasi (single gateway) mulai dari pendaftaran, pelayanan, hingga pembayaran.
		Belum tersedia layanan One Stop Service.	
		Jadwal Poli Eksekutif dan beberapa dokter masih terbatas.	Melakukan penyesuaian dan penambahan jadwal praktik dokter berdasarkan kebutuhan dan permintaan pasar.
		Alur Non-JKN masih bercampur dengan JKN.	Mengembangkan layanan One Stop Service dengan mengintegrasikan konsultasi, penunjang, tindakan, farmasi, dan pembayar
		Kompetitor menawarkan diskon dan paket layanan yang lebih menarik.	Meningkatkan promosi digital, kegiatan group selling, sales visit, hospital tour, serta edukasi layanan unggulan secara konsisten.
		Kompetitor memberikan proses pelayanan yang lebih cepat dan nyaman.	Memisahkan jalur pelayanan, ruang tunggu, serta petugas khusus pasien Non-JKN untuk meningkatkan kecepatan layanan.
		Branding layanan unggulan belum sekuat rumah sakit pesaing	Meningkatkan standar pelayanan prima, pendampingan pasien (patient assistance), dan percepatan waktu tunggu pada setiap titik layanan.
5	Nilai Kinerja Penganggaran	Tercapai maksimal pada akhir tahun	Mentaati program dan segera memproses pengadaan yang sudah masuk program
6	Realisasi Anggaran	Tercapai maksimal pada akhir tahun	Meningkatkan koordinasi dengan unit terkait untuk mempercepat proses pengadaan

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

Laporan Kinerja semester I tahun 2026 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 2026. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro semester I tahun 2026. RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berharap dapat terus memberikan andil yang semakin besar dalam mewujudkan cita-cita berbangsa dan bernegara di bidang kesehatan.

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

LAMPIRAN

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

1. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

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

Nama : Sholahuddin Rhatomy
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
selanjutnya disebut Pihak Pertama,

Nama : Azhar Jaya
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
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 Pihak Pertama.

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, 1 Januari 2026

Pihak Kedua,

Azhar Jaya

Pihak Pertama,

Sholahuddin Rhatomy

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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif pelanggan/ *stakeholder*				
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.1	IKM 17.1 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	90,64 (Nilai)
2	Terwujudunya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	2.1	IKM 32.1 – Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	0,5%
Perspektif bisnis internal				
3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	3.1	IKM. 16.1 – Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	50%
4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	4.1	IKM 33.7 – Skor BLU Maturity Rating	Level 3
		4.2	IKM 33.8 - Nilai SAKIP RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro	83 (Nilai)
5	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	5.1	IKM. 14.1 – *Bed Occupancy Rate (BOR)*	70%
6	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	6.1	IKM. 16.2 – *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*	100%
		6.2	IKM 16.3 – Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%
		6.3	IKM 16.4 – Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%
7	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	7.1	IKM 33.11 – Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	15%

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

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran				
8	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	8.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78%
		8.2	*IKM 33.2 – Training Effectiveness Index (TEI)*	73,75%
Perspektif Keuangan				
9	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	9.1	IKM 16.6 - EBITDA margin	1%
Indikator Direktif				
10	Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	10.1	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro	92,75 (Nilai)
		10.2	IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro	82 (Nilai)
		10.3	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro	95%
		10.4	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro	96%

Program	**Anggaran**
1. Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan	Rp. 783.949.008.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 80.849.405.000,-
Total Anggaran DIPA RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten	**Rp. 864.798.413.000,-**

Jakarta, Januari 2026

Pihak Kedua,

Azhar Jaya

Pihak Pertama,

Sholahuddin Rhatomy

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

2. CAPAIAN INDIKATOR RSB SEMESTER I TAHUN 2026

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2026	Semester I Th 2026		Ket
				Realisasi	Capaian	
Perspektif pelanggan/*stakeholder*						
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Nilai 90,64	88,06	97%	Belum Tercapai
2	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	0,5%	0,01%	2,00%	Belum Tercapai
Perspektif bisnis internal						
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang andal	Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi ke seluruh layanan	50%	73,87%	147,74%	Tercapai
4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3,74	125%	Tercapai
		Nilai SAKIP RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 83	88,2	106%	Tercapai
5	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed occupancy rate (BOR)	70%	76,29%	108,99%	Tercapai
6	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%	100%	100%	Tercapai
		Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4> 5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%	100%	125%	Tercapai
		Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dengan Clinical Pathway	≥80%	100%	125%	Tercapai
7	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan seluruh RS	15%	10%	67%	Belum Tercapai
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran						
8	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor tingkat kepuasan pegawai	Nilai 78	81,09	104%	Tercapai
		Training Effectiveness Index (TEI)	73,75%	20,41%	27,67%	Belum Tercapai
Perspektif Keuangan						
9	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA Margin	1%	9%	900%	Tercapai
Indikator Direktif						
10	Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Unit Kerja	Nilai Kinerja Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 92,75	51,78	56%	Belum Tercapai
		Indeks Kualitas SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Nilai 82	84,31	103%	Tercapai
		Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	95%	100%	105%	Tercapai
		Persentase Realisasi Anggaran RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	96%	28,01%	29,18%	Belum Tercapai
	Capaian Kinerja				**137%**	

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

3. DEFINISI OPERASIONAL IKU RSB

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional dan sumber data	Formula	Target RSV	Periode Pelaporan
1.	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional neto)	• 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 Neto 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 rumah sakit berdasarkan kelompok klaster yang merujuk kepada tipe organisasi rumah sakit. • Pencapaian target EBITDA margin	(EBITDA ÷ Pendapatan Operasional Neto) x 100%	Tahun 1 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1% Tahun 2 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1% Tahun 3 Kluster 1: 15% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2% Tahun 4 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2% Tahun 5 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 3%	Bulanan, tahunan (audited)

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

			untuk UPT di luar rumah sakit menggunakan target klaster 3 *) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024			
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	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	semesteran

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

			untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan : Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (*e-survey*). 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 surveri kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi)			

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

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 rumah sakit
   - Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit
   - Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit

Tabel Konversi Nilai Kepuasan

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan
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	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

*Contoh draf pertanyaan survei kepuasan pasien terdapat di lampiran 1.

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

			Sumber data : hasil survey eksternal			
3.	Meningkatkan capaian pengampuan penyakit prioritas untuk Rumah Sakit Vertikal (RSV)	Persentase pencapaian RS diampu pada pelayanan KJSU-KIA dengan strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya	• Jumlah RS diampu pada pelayanan KJSU-KIA dengan pencapaian strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya dari jumlah RS yang harus diampu pada RSV yang menjadi pengampu pelayanan KJSU-KIA. • Pengampu KJSU-KIA ditetapkan melalui Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK..02.02/d/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak. • Indikator ini ditujukan untuk RSV yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu regional mengacu pada Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK..02.02/d/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.	Jumlah RS diampu pelayanan KJSU-KIA dengan pencapaian strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya dibagi jumlah RS yang seharusnya diampu dikali 100%	Tahun 1 (2025) : 20% Tahun 2 (2026) : 45% Tahun 3 (2027) : 55% Tahun 4 (2028) : 70% Tahun 5 (2029) : 80%	triwulanan

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

			• Adapun daftar RS Diampu mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak • Strata pengampuan merujuk pada Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengampuan KJSU-KIA Sumber data : data program kemenkes			
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 rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada	(total pendapatan dari semua penelitian CRU ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	Tahun 1-5 Rumah Sakit Pendidikan Utama: 2% tiap tahun Rumah Sakit Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun	bulanan

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

			Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya. Sumber data : laporan keuangan RS			

Target pendapatan penelitian diklusterisasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya, dan memperhitungkan seluruh aktivitas penelitian sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Sardjito	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Kariadi	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Hasan Sadikin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Anak dan Bunda Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Persahabatan	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Kanker Dharmais	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Fatmawati	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSPON Mahar Mardjono	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Mata Cicendo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP dr. I.G.N.G. Ngoerah	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. M. Djamil	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Adam Malik	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Mohamad Hoesin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSPI Prof. Sulianti Saroso	Utama	2%	2%	2%	2%	2%

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

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Prof. Dr. Soerojo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ Dr. Soeharto Heerdjan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. M. Goenawan Partowidigdo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. Ario Wirawan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. H. A. Rotinsulu	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Orthopedi Dr. Soeharso	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Ketergantungan Obat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Sitanala	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Rivai Abdullah	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Otak Dr. Drs. M. Hatta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Surakarta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Mata Makassar	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Johannes Leimena	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Ratatotok Buyat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Ben Mboi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%

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

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan *Back Office*. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup : a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat[1] (W: 20%) b. Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit *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 ter-*update* di dalam SatuSehat 2. Sistem *inventory* sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan *Back	(∑ (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW)+ (**ExW)) * W = *weight*/ bobot	Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100%	Tahunan

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

			Office" dalam *ERP System* untuk Laporan Inventori 3. Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem 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			
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU *Maturity Rating*	Rumah sakit 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) A. *Result Based* • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	Merujuk kepada Target *Maturity rating* RPJMN 2025- 2029* *Terdapat di lampiran 3.	tahunan

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

			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: *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 Sumber data : aplikasi BIOS PPK BLU			

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

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

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. Mohammad 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
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

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

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

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
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%	Tahunan
8.	Memberikan pelayanan berkualitas	Penurunan angka kejadian Infeksi terkait pelayanan kesehatan (ITPK)/ *Healthcare*	1. Surveilans ITPK/HAIs merujuk kepada pedoman Surveilans ITPK/HAIs yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. 2. Jumlah insiden HAI's untuk 4 poin infeksi:	Penghitungan:	Tahun 1 : 100% Tahun 2 : 100% Tahun 3 : 100% Tahun 4 : 100% Tahun 5 : 100%	tahunan

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

		Associated Infections (HAIs)	a. CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*)/ Infeksi Saluran Kemih Terkait kateter (jumlah kasus CAUTI* dibagi jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 Keterangan: CAUTI*: Jumlah terjadinya kasus CAUTI (bukan per orang) b. VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*)/Pneumonia terkait penggunaan ventilator (jumlah kasus VAP** dibagi jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 Keterangan: VAP**: Jumlah terjadinya kasus VAP bukan per orang c. CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*)/ Infeksi aliran darah terkait penggunaan kateter vena sentral di ruang ICU, HCU,NICU PICU) (jumlah kasus CLABSI dibagi jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 d. SSI (*Surgical Site Infection*)/ Infeksi Daerah Operasi (jumlah kasus SSI1 dibagi jumlah tindakan operasi) x 100 3. Setiap rumah sakit ditargetkan menurunkan angka Kejadian Infeksi	Jumlah jenis kasus ITPK/ HAIs yang menurun ≥ 10% --- 4 Jenis kasus HAI's X 100%		

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

			≥ 10% per jenis ITPK/HAI's per tahun. 4. *Baseline*/data dasar penghitungan penurunan ITPK/HAI's diambil dari data RS tahun sebelumnya. Adapun *baseline*/data dasar tahun 2026 merujuk pada data HAIs TW1 tahun 2026 Sumber data : - data surveilans HAIs RS - CAUTI, CLABSI, VAP/HAP dan SSI			
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 rumah sakit. Untuk rumah sakit memilih minimal dua layanan unggulan untuk diukur indikator persentase standar klinis yang tercapai sesuai target capaian. 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	% standar klinis yang tercapai = (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang dipilih Rumah Sakit) x 100%	Tahun 1 - Tahun 5: 80%	bulanan

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

			• Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi Sumber data : rekam medis			

Evaluasi indikator klinis akan menggunakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan rumah sakit 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 dengan 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%

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

	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 preeklampsia /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%

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

	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 dan remaja dengan diabetes yang 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 penanganangawat 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%

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

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%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit	• 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 rumah sakit berdasarkan pengelompokkan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022 Sumber data : laporan MKKO RS	(Pendapatan non-JKN ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	**Tahun 1** Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit **Tahun 2** Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit **Tahun 3** Kluster 1: 50% Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit **Tahun 4** Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: Ditentukan	bulanan

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

					oleh rumah sakit **Tahun 5** Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: 50%	

Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit diklusterisasi sesuai dengan Permenkes No.26 Tahun 2022 sebagai berikut :

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Sardjito	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Kariadi	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Kanker Dharmais	1	TBD	TBD	50%	50%	50%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Marzoeki Mahdi	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Prof I.G.N.G. Ngoerah	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. M. Djamil	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Anak dan Bunda Harapan Kita	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSP Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Mata Cicendo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%

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

RS Ortopedi Soeharso	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Persahabatan	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Moh. Hoesin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Sadikin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Fatmawati	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Sudirohusodo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Paru Ario Wirawan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Mata Makassar	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Sitanala	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Ben Mboi	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soerojo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Ketergantungan Obat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soeharto Heerdjan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Otak Drs. M. Hatta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Dr. Rotinsulu	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Johannes Leimena	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%

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

RSUP Surakarta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP H. Adam Malik	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Rivai Abdullah	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Ratatotok Buyat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
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	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 sem ua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1 - Tahun 3: Puas Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Puas	semesteran

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

			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 tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (*e-survey*). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Sumber data : hasil survey eksternal			
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%	semesteran

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

4. SK TIM PENYUSUNAN LAKIP

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
Jalan KRT Dr.Soeradji Tirtonegoro Nomor 1
Klaten, Jawa Tengah 57424
(0272) 321020
https://www.rsupsoeradji.id

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
NOMOR HK.02.03/D.XXVI/7426/2025
TENTANG
TIM PENYUSUNAN LAPORAN KINERJA (LKj)
DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka percepatan penyusunan laporan kinerja dan perkembangan kebutuhan organisasi serta hukum, perlu dibentuk Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;

b. bahwa pegawai yang identitasnya tercantum pada Lampiran Keputusan Direktur Utama ini dipandang mampu dan memenuhi syarat untuk ditunjuk sebagai Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

2. Peraturan...

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

2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
4. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 340);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/D/1187/2023 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro;
7. Surat Izin Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 81201102919940001 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko BLU Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Tanggal 29 Desember 2022;

MEMUTUSKAN...

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

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO TENTANG TIM PENYUSUNAN LAPORAN KINERJA (LKj) DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.

KESATU : Susunan Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, yang selanjutnya disebut Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Utama ini.

KEDUA : Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertugas:

1. mengumpulkan dan menyusun laporan data situasi awal organisasi dan melakukan analisis situasi organisasi;
2. membuat pengelolaan data kinerja yang mencakup penetapan *breakdown* target tahunan RSB menjadi target bulanan RSB;
3. mengumpulkan data dan penyusunan laporan pengukuran kinerja rumah sakit;
4. mengumpulkan, mengolah dan mengevaluasi data atau bahan yang diperlukan dalam rangka penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
5. melakukan analisa kinerja untuk setiap sasaran strategis atau hasil program atau kegiatan dan kondisi terakhir yang seharusnya terwujud dan juga mencakup analisa efisiensi penggunaan sumber daya yang ada;
6. menyusun Laporan Kinerja (LKj) pada akhir tahun dan melaporkan hasil kegiatan kepada Direktur Utama;
7. mempublikasikan melalui *website* Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dan *upload* di aplikasi *e-Performance*;

8. melakukan...

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

8. melakukan pengarsipan atau pendokumentasian data penyusunan Laporan Kinerja (LKj) untuk data dukung saat dilakukan reviu oleh Inspektorat Jenderal; dan
9. melaksanakan evaluasi setelah dilakukan reviu oleh Aparat Pengawas Intern Pemerintah (APIP) dan mengupayakan perbaikan atau tindak lanjut atas rekomendasi dari tim reviu.

KETIGA : Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama melalui Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional.

KEEMPAT : Pada saat Keputusan Direktur Utama ini mulai berlaku, Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/III.1.1/3928/2021 tentang Tim Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KELIMA : Segala pembiayaan yang timbul dalam pelaksanaan Keputusan Direktur Utama ini dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

KEENAM : Keputusan Direktur Utama ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan, dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Keputusan Direktur Utama ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Klaten
pada tanggal 16 September 2025

DIREKTUR UTAMA,

SHOLAHUDDIN RHATOMY

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

5. PENGHARGAAN SEMESTER I TAHUN 2026

1. Penghargaan Healthcare Asia Awards 2026 sebagai Health and Wellness Initiative of the Year - Indonesia



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

2. Penghargaan Healthcare Asia award sebagai Smart Hospital Initiative of the Year-Indonesia



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

3. Penghargaan Peringkat Pertama Satuan kerja dengan kecepatan dan akurasi rekonsiliasi Data serta kecepatan dan ketepatan penyampaian Laporan Keuangan Tingkat Satuan Kerja Terbaik Lingkup Wilayah kerja Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara Tipe A1 Klaten Tahun Anggaran 2025



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

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