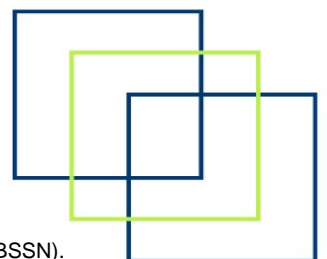


Laporan Kinerja Tahun 2025



RSUP M DJAMIL
Jalan Perintis Kemerdekaan, Sawahan Timur,
Kota Padang, Sumatera Barat,

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



**LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2025
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2025 adalah valid.

Padang, Januari 2026

1. Direktur Utama
Dr.dr. Dovy Djanas, Sp.OG (K), MARS



2. Direktur Medik Dan Keperawatan
Dr. dr. Bestari Jaka Budiman, Sp.THT- KL (K)



3. Direktur Layanan Operasional
drg. Ade Palupi Muchtar, MARS



4. Direktur Perencanaan Dan Keuangan
Luhur Djoko Prasetyo, SE



5. Direktur Sdm, Pendidikan Dan Penelitian
dr. Maliana, M.Kes



**PERNYATAAN TELAH DIREVIU
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2025
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**

Kami telah mereviu Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RS. M. Djamil Padang untuk Tahun Anggaran 2025 sesuai Pedoman Reviu Permenpan No. 54 Tahun 2014. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. M. Djamil Padang .

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.

Padang, 14 Januari 2026
Ketua Satuan Pemeriksaan Internal



KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua sehingga RSUP Dr. M. Djamil Padang (RSMDJ) dapat menjalankan program-program yang telah direncanakan pada tahun 2025 dengan baik.

RSUP Dr. M. Djamil Padang (RSMDJ) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1953, RSMDJ telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Sumatera Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Tahun 2025 disusun dalam rangka memenuhi Peraturan Presiden No. 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Penyusunan LAKIP Tahun 2025 mengacu pada Penetapan Kinerja RSMDJ Tahun 2025 sebagai penjabaran dari RSB tahun 2025-2029, dan penyusunan LAKIP Tahun 2025 mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 53 tahun 2014 tentang petunjuk teknis penyusunan perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan reviu atas laporan kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 88 Tahun 2021 tentang evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang ini merupakan perwujudan pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian sasaran strategis tahun anggaran 2025. Tahun 2025, bagi RSMDJ merupakan tahun pertama melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSMDJ Tahun 2025-2029.

Diharapkan LAKIP Tahun 2025 ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSMDJ dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSMDJ. Laporan juga diharapkan dapat membantu memberikan masukan bagi manajemen dalam merumuskan atau menentukan arah kebijakan selanjutnya yang diikuti dengan peningkatan kinerja manajemen yang lebih baik, disertai kerja keras oleh seluruh jajaran.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSMDJ.

Padang, Januari 2026
Direktur Utama,



IKHTISAR EKSEKUTIF

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

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Dr M.Djamil Tahun 2025-2029 yang mengusung visi: "Rumah Sakit level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan" dengan misi : 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 pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional; 6)Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas, inovatif dan implikatif.

Untuk mendukung visi dan misi, telah ditetapkan sasaran strategis dan indikator untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran dimaksud. Mengacu pada Rencana Strategis Bisnis periode 2025-2029 ditetapkan 11 sasaran strategis yaitu: 1) Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia; 2) Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas; 3) Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan; 4) Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal; 5) Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel; 6) Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien; 7) Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten; 8) Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan; 9) Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK; 10) Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal; 11) Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.

Sasaran strategis tersebut dijabarkan kedalam 14 Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan target yang harus dicapai sesuai dengan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI. Indikator Kinerja Utama tersebut terdiri dari 12 Indikator Kinerja Utama yang telah ditetapkan dalam dokumen Rencana Strategis Bisnis dan 2

indikator merupakan Indikator Direkif yang merupakan mandatori untuk tahun 2025.

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 menyajikan capaian kinerja atas Perjanjian Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025. RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025 memiliki 11 (sebelas) sasaran strategis dan 14 (empat belas) sebagai indikator kinerja sesuai dengan Perjanjian Kinerja (PK) RSMDJ tahun 2025. RSMDJ mempunyai tugas dan fungsinya sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Vertikal Kementerian Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam rangka mewujudkan "*Good Corporate Governance*" maka RSMDJ menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan selama Tahun 2025 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA Rupiah Murni (RM), maupun dari DIPA BLU.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan RSB 2025-2029, pengukuran pencapaian kinerja rumah sakit secara keseluruhan telah tercapai sebesar 101,73 %, dari 14 (empat belas) indikator kinerja yang ditetapkan sebanyak 11 (sebelas) telah tercapai sedangkan 3 (tiga) indikator masih dibawah 100% yaitu KPI 3 Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian, KPI 9 Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS, KPI 12 EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto).

Dari hasil pengukuran realisasi terhadap 14 (empat belas) target tersebut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 8 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 3 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 1 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 2 target.

Secara umum capaian kinerja sasaran telah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, meskipun beberapa indikator belum menunjukkan capaian sesuai target karena RSUP Dr. M. Djamil Padang sangat ditentukan oleh komitmen keterlibatan dan dukungan aktif segenap komponen unit kerja.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang . Total realisasi anggaran (APBN-RM)

RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 adalah sebesar Rp130.306.496.288,- (96,7%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp134.768.181.000,-. Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 adalah sebesar Rp. 886.629.616.771,- (99%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.895.964.009.000,-. Pendapatan pada Tahun 2025 sebesar Rp 919.706.479.135,- dari target Rp 885.750.000.000,- sehingga pendapatan sampai bulan Desember 2025 sudah tercapai sebesar 103,83%.

RSUP Dr. M. Djamil Padang selalu mendorong inovasi dan terobosan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan baik di internal maupun eksternal. Hasil evaluasi berupa rekomendasi dari Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi atas implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) menjadi dasar pertimbangan untuk perbaikan kebijakan, proses bisnis dan manajemen sistem terkait pengelolaan kinerja.

Capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang diharapkan dapat terus meningkat dari tahun ke tahun. Untuk itu, diperlukan upaya bersama untuk dapat mewujudkan harapan tersebut.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan.....	1
C. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	2
D. Peran Strategis.....	3
E. Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	4
F. Permasalahan Utama (<i>Strategic Issued</i>).....	5
G. Sistematika Pelaporan.....	6
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	10
A. Rencana Strategis Bisnis.....	10
B. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan.....	12
C. Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Anggaran Tahun 2025.....	13
D. Perjanjian Kinerja.....	14
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	17
A. Pengukuran Kinerja.....	17
1. Performa Finansial dan Kemandirian.....	35
2. Efektivitas Operasional dan Layanan.....	35
3. Keunggulan Mutu Klinis dan Pengampuan.....	35
4. Tata Kelola dan SDM.....	35
5. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta Alternative Solusi yang Telah Dilakukan.....	36
1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT).....	36
Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM).....	37
Metode Pelaksanaan.....	37
Metode Pengolahan Data.....	37

2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target.....	41
3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian.....	43
4. Persentase penerapan system informasi rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan.....	46
5. BLU Maturity Rating.....	49
6. Bed Occupancy Rate (BOR).....	52
7. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	54
E. REALISASI ANGGARAN.....	102
F. Evaluasi.....	103
BAB IV.....	105
PENUTUP.....	105
4.1 Kesimpulan.....	105
4.2 Rekomendasi.....	106
LAMPIRAN.....	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode 2025-2029.....	11
Tabel 2.2 RKA Tahun 2025.....	14
Tabel 3.1 Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2025.....	17
Tabel 3.2 Perbandingan Antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.....	19
Tabel 3.3 Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir.....	29
Tabel 3.4 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Standar Nasional dan Rumah Sakit Setara.....	32
Tabel 3.5 Sasaran Strategis 1.....	36
Tabel 3.6 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 1.....	36
Tabel 3.7 Perbandingan Capaian IKU 1 Tahun 2023 s.d. 2025.....	40
Tabel 3.8 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	41
Tabel 3.9. Sasaran Strategis 2	41
Tabel 3.10 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU.....	41
Tabel 3.11 Perbandingan Capaian IKU 2 Tahun 2023 s.d. 2025.....	43
Tabel 3.12 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	43
Tabel 3.14 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 3.....	43
Tabel 3.15 Perbandingan Realisasi IKU 3 Tahun 2023 s.d. 2025.....	46
Tabel 3.16 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 3 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	46
Tabel 3.17 Sasaran Strategis 4	46
Tabel 3.18 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 4.....	46
Tabel 3.19 Perbandingan Realisasi IKU 4 tahun 2023 s.d. 2025.....	49
Tabel 3.20 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	49
Tabel 3.21 Sasaran Strategis 5.....	49

Tabel 3.22 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 5.....	50
Table 3.23 Perbandingan Realisasi IKU 5 Tahun 2023 s.d. 2025.....	52
Tabel 3.24 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 5 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	52
Tabel 3.25 Sasaran Strategis 6.....	52
Tabel 3.26 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 6.....	53
Tabel 3.27 Perbandingan Realisasi IKU 6 Tahun 2023 s.d. 2025	54
Tabel 3.28 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	54
Tabel 3.29 Sasaran Strategis 7	54
Tabel 3.30 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU.....	55
Tabel 3.31 Perbandingan Realisasi IKU 7 tahun 2023 s.d. 2025.....	57
Tabel 3.32 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 7 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	58
Tabel 3.33 Perbandingan antara Target dengan Realisasi Capaian IKU 8.....	58
Tabel 3.34 Perbandingan Realisasi IKU 8 tahun 2023 s.d. 2025.....	60
Tabel 3.35 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 8 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	61
Tabel 3.36 Sasaran Strategis 8	61
Tabel 3.37 Perbandingan anatara target dengan Realisasi dan Capaian IKU.....	61
Tabel 3.38 Perbandingan Capaian IKU 9 Tahun 2023 s.d 2025	64
Tabel 3.39 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	65
Tabel 3.40 Sasaran Strategis 9	65
Tabel 3.41 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 10.....	65
Tabel 3.42 Perbandingan Capaian IKU 10 Tahun 2023 s.d. 2025.....	71
Tabel 3.43 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	71
Tabel 3.44 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 11.....	71
Tabel 3.45 Perbandinfgan Capaian IKU 11 Tahun 2023 s.d 2025	75
Tabel 3.46 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	76

Tabel 3.47 Sasaran Strategis 10.....	76
Tabel 3.48 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 12.....	76
Tabel 3.49 Perbandingan Capaian IKU 12 Tahun 2023 s.d. 2025.....	80
Tabel 3.50 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	80
Tabel 3.51 Sasaran Strategis 11	80
Tabel 3.52 Perbandingan Capaian IKU 13 Tahun 2023 s.d. 2025	82
Tabel 3.53 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	83
Tabel 3.54 Perbandingan Capaian IKU 14 Tahun 2023 s.d. 2025.....	85
Tabel 3.55 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah.....	86
Tabel 3.56 Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025	87
Tabel 3.57 Realisasi Penyerapan Anggaran Tahun 2025	89
Tabel 3.58 Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2025	92
Tabel 3.59 Inovasi yang Sudah Dilakukan.....	95
Tabel 3.60 Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang	104

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang.....	9
Gambar 2 2.1 Peta Strategi RSUP Dr. M. Djamil Padang.....	15
Gambar 3 2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2025.....	16

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang (RSMDJ) adalah Rumah Sakit kelas A Pendidikan dengan kegiatan utama memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis kepada pelanggan. Sebagai instansi pemerintah RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan perorangan.

Dalam rangka pertanggungjawaban pencapaian kinerja dan pelaksanaan anggaran suatu instansi pemerintah, serta untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) di lingkungan Kementerian Kesehatan, maka setiap instansi di lingkungan Kementerian Kesehatan diwajibkan untuk membuat pelaporan kinerja sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 239/PMK.09/2016 tentang Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Laporan ini merupakan laporan berkala yang disusun RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai wujud pertanggungjawaban dan akuntabilitas kepada seluruh *stakeholder*. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSMDJ mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 466/KMK.01/2015, serta Rencana Strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029.

B. Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSMDJ Tahun 2025 disusun sebagai

bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSMDJ sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu Tahun 2025 sebagai tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis 2025-2029 RSMDJ.

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang adalah:

1. Sebagai instrumen pengukuran (indikator) dan evaluasi kinerja pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan serta mengacu pada RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029.
2. Sebagai alat informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun dan disampaikan secara sistematis untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan selama setahun (*sustainable and continuous improvement*).
3. Sebagai pemicu perbaikan kinerja atau dengan kata lain peningkatan kinerja unit kerja di RSUP Dr. M. Djamil Padang .
4. Sebagai tolok ukur keberhasilan/kegagalan dari proses kinerja yang sudah dilaksanakan, sehingga dapat dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambat atau pendukung tercapainya kinerja serta tindakan perbaikan di masa yang akan datang.

C. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tanggal 16 September 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Tipe II adalah sebagai berikut.

1. Kedudukan

RSUP Dr. M. Djamil Padang dipimpin oleh Direktur Utama yang merupakan UPT yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan. RSUP Dr. M. Djamil Padang secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2. Tugas Pokok

RSUP Dr. M. Djamil Padang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

3. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSUP Dr. M. Djamil Padang menyelenggarakan beberapa fungsi, antara lain:

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c. Pengelolaan pelayanan non medis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.
- m. Sebagai instansi yang menerapkan PPK-BLU, RSUP Dr. M. Djamil Padang melakukan fungsi pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

D. Peran Strategis

Berdasarkan Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2025 - 2045, dalam mencapai Visi Indonesia Emas 2045, dijabarkan dalam 8 misi pembangunan dimana salah satu agenda pembangunan yaitu Transformasi Sosial dimana salah satu tujuannya yaitu terkait bidang

kesehatan. Sasaran Pembangunan bidang kesehatan yaitu Kesehatan untuk semua dengan indikator Usia Harapan Hidup, *Total Fertility Rate* (TFR).

E. Struktur Organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.01.07/MENKES/1331/2023 tentang Peta Jabatan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, RSUP Dr. M. Djamil Padang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tipe II terdiri dari empat direktorat.

Susunan Dewan Direksi dan Dewan Pengawas RSUP Dr. M. Djamil Padang

Dewan Direksi :

Direktur Utama : Dr.dr.Dovy Djanas, Sp.OG(K),
MARS,

Direktur Medik dan Keperawatan : Dr. dr. Bestari Jaka Budiman,
Sp.THT-KL(K)

Direktur Layanan Operasional : drg. Ade Palupi Muchtar, MARS

Direktur Perencanaan dan Keuangan : Luhur Joko Prasetyo, SE

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian : dr. Maliana, M.Kes

Para Direktur diangkat berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan sebagai berikut :

1. Direktur Utama : Nomor KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023.
2. Direktur Medik dan Keperawatan : Nomor KP.03.03/D/44116/2025 tanggal 12 Agustus 2025
3. Direktur Layanan Operasional : KP.01.05/MENKES/1285/2025 tanggal 31 Juli 2025
4. Direktur Perencanaan dan Keuangan : KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023
5. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian: Nomor KP.03.03/MENKES/519/2025 tanggal 23 Mei 2025

Dewan Pengawas:

Ketua : Drs. Bayu Teja Muliawan, S.H., M. Pharm, MM, Apt.

Anggota : 1. Roy Himawan, S.Farm., Apt. M.K.M.

1. Dr. Ahmad Irsan A. Moeis, S.E., M.E.
3. *Ex officio* Kepala Kanwil Ditjen Perbendaharaan Provinsi Sumatera Barat
4. Dr. Syukriah HG, S.H., M.Hum.

Pengangkatan Dewan Pengawas tersebut didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.01.07/MENKES/1135/2025 tanggal 20 November 2025 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Badan Layanan Umum di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Dalam rangka membantu pelaksanaan kegiatan Dewan Pengawas secara administratif ditunjuk Dewi Anggraini, SE, M.M sebagai Sekretaris Dewan Pengawas melalui Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang Nomor Kp.03.03/D.XVI/168/2025 tanggal 01 April 2025.

F. Permasalahan Utama (*Strategic Issued*)

Dengan keberhasilannya sebagai Rumah Sakit Pendidikan kelas A, status PPK BLU dan Rumah Sakit Rujukan Tingkat Nasional untuk wilayah Sumatera Bagian Tengah serta sudah terakreditasi Internasional KARS, maka rumah sakit ini terus berupaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam memberikan layanan. Namun demikian rumah sakit ini masih dihadapkan dengan beberapa permasalahan utama (*strategic issued*) pada Tahun 2025 diantaranya adalah :

1. Belum optimal dalam penagihan klaim dengan terdapatnya klaim pending dari BPJS
2. Pengembangan SDM yang harus ditingkatkan kompetensinya
3. Untuk kelancaran perputaran persediaan dibutuhkan pengembangan IT sehingga diperoleh data yang akurat dan tepat waktu.
4. Masih cukup lama waktu tunggu untuk mendapatkan kamar rawat inap; serta ketersediaan lahan parkir yang sangat terbatas.
5. Prosedur layanan, keramahan petugas, dan informasi yang diberikan pihak RS kurang maksimal. Masih ada kecenderungan kurang koordinasi antara satu unit kerja dengan unit kerja lainnya, termasuk koordinasi antara dokter dan perawat dengan pasien/keluarga pasien.

6. Masih ada sarana prasarana seperti gedung, jaringan/listrik termasuk peralatan baik medis maupun non medis yang sudah melebihi usia ekonomis namun masih digunakan untuk operasional/pelayanan.
7. Pendapatan rumah sakit melalui PNBPN masih dapat dioptimalkan, dengan memanfaatkan berbagai sumber daya yang tersedia, khususnya tenaga dokter spesialis, subspecialis, keperawatan, dan fasilitas pelayanan lainnya serta efisiensi dari segala aspek. Upaya terobosan yang telah dilakukan adalah melalui pelayanan kamar operasi 24 jam.
8. Masih perlu dilakukan peningkatan kepatuhan dalam kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medik untuk mempercepat proses penagihan/klaim ke BPJS.
9. Masih perlu terus dilakukan peningkatan terhadap kegiatan monitoring kepatuhan standar dalam memberikan layanan sesuai standar akreditasi nasional dan internasional.
10. Budaya *patient safety* masih perlu ditingkatkan dikalangan *civitas hospitalia*, khususnya pelaporan insiden, bila terjadi insiden keselamatan pasien.
11. Perlu peningkatan koordinasi antara RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kab/Kota serta rumah sakit di wilayah Sumatera Barat untuk implementasi Sistem Informasi Rawat Inap (SIRANAP) dan Sistem Informasi Rujukan Terintegrasi (SISRUTE).

G. Sistematika Pelaporan

Sistematika penyajian LAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Ikhtisar Eksekutif

Pada bagian ini disajikan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam rencana strategis dan sejauh mana instansi pemerintah mencapai tujuan dan sasaran utama tersebut, serta kendala-kendala yang dihadapi dalam pencapaiannya; langkah-langkah apa yang telah dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut, dan langkah antisipatif untuk menanggulangi kendala yang mungkin akan terjadi pada tahun mendatang.

Bab I. Pendahuluan

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

Pada Bab ini dijelaskan secara singkat tentang latar belakang penyusunan LAKIP, kedudukan, tugas, dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang , peran strategis, struktur organisasi RSUP Dr. M. Djamil Padang , serta sistematika pelaporan.

Bab II. Perencanaan Kinerja

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

Pada Bab ini disajikan gambaran singkat mengenai visi, misi dan rencana hasil yang akan dicapai (tujuan dan sasaran strategis) dalam rencana jk menengah (RPJMD/Renstra), rencana jangka tahunan (RKT) dan penetapan kinerja (PK).

Bab III. Akuntabilitas Kinerja

A. Capaian Kinerja Organisasi

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

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

7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja).

Pada Sub Bab ini disajikan uraian hasil pengukuran kinerja, evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja. Termasuk di dalamnya menguraikan secara sistematis perbandingan data kinerja secara memadai, hambatan/kendala, dan permasalahan yang dihadapi sertalangkah-langkah antisipatif yang akan diambil;

B. Realisasi Anggaran

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

C. Kinerja Lain-Lain

Pada Sub Bab ini diuraikan penghargaan yang didapatkan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang .

D. Evaluasi

Pada Sub Bab ini diuraikan evaluasi internal atas pelaksanaan rencana strategis, program, kegiatan, dan anggaran. Selain itu diuraikan juga pelaksanaan rewiu pengelolaan kinerja dan evaluasi implementasi SAKIP di lingkungan RSUP Dr. M. Djamil Padang .

Bab IV. Penutup

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

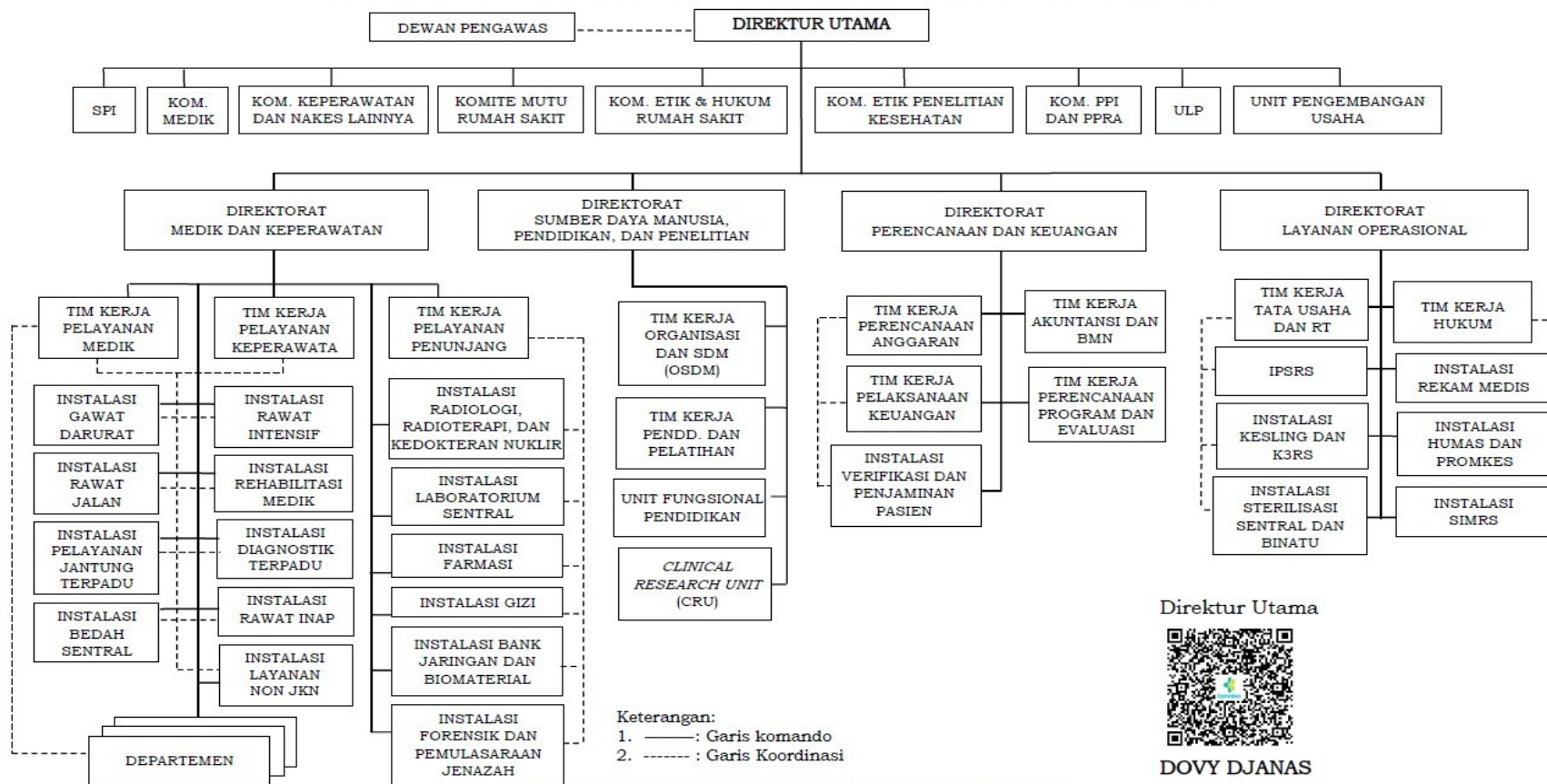
Lampiran

- 1) Perjanjian Kinerja
- 2) Pengukuran Kinerja
- 3) hal-hal lainnya

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang

LAMPIRAN II
SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
NOMOR HK.02.03/D.XVI/861/2025

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG



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

Gambar 1.1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang

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 Strategis Bisnis

Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan dokumen perencanaan unit organisasi sebagai bentuk penjabaran tugas pokok dan fungsi dari organisasi. RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang disusun untuk jangka menengah (periode lima tahun). RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029 memuat visi, misi, tujuan, sasaran strategis, arah kebijakan dan strategi, kerangka regulasi, kerangka kelembagaan, serta target kinerja dan kerangka pendanaan RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk tahun 2025-2029.

Penyusunan RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang mengacu pada dokumen-dokumen perencanaan di Kementerian Kesehatan, meliputi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029, Rencana Strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029. Sesuai dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang yang mendukung pencapaian 5 Poin Visi Pembangunan Presiden khususnya tema serta arah kebijakan dan strategi nasional pada Poin II, yaitu “Pembangunan SDM : Kita akan memberikan prioritas pembangunan kita pada pembangunan sumber daya manusia. Pembangunan SDM menjadi kunci pembangunan Indonesia ke depan. Titik dimulainya pembangunan SDM adalah dengan menjamin kesehatan ibu hamil, kesehatan bayi, kesehatan balita, dan kesehatan anak usia sekolah”. Sesuai Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029, RSUP Dr. M. Djamil Padang mencanangkan visi yaitu “Rumah Sakit level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan”.

Misi merupakan jalan yang ditentukan untuk mencapai visi, adapun misi RSUP Dr. M. Djamil Padang, yaitu:

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 yang berkualitas, inovatif dan implikatif

Sementara target yang harus dicapai adalah :

1. Layanan terbaik level asia, agar memiliki pelayanan yang bertaraf internasional
2. Pengampu Nasional, terkait pengampu regional paripurna pada layanan prioritas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan hingga ke daerah.
3. Pengembangan Riset, agar menjadi pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan

Dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran strategis diarahkan pada target berdasarkan *Key Performance Indikator (KPI)* yang mampu menjadi pemacu kinerja (*performance driver*) maupun hasil inti (*care outcomes*) yang diharapkan. Adapun dalam upaya mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran strategis diarahkan kepada target berdasarkan 4 perspektif yaitu : *perspektif stakeholder*, *perspektif proses bisnis internal*, *perspektif learning dan growth*, *perspektif finansial*.

Untuk mendukung pencapaian tujuan agar terukur dan dapat dicapai secara nyata telah ditetapkan 11 (sebelas) Sasaran Strategis yang merupakan kondisi riil yang ingin dicapai oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang pada awal periode Renstra tahun 2025. Adapun Tujuan, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja, serta target indikator kinerja Tujuan dan Sasaran Strategis di tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang periode 2025-2029

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampuan Nasional	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target 2025
	untuk Penyakit Prioritas		
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰
		Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%
9	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
		<i>Training Effectiveness Index</i>	70%
10	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%
11	Meningkatnya dukungan Manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Kinerja Penganggaran	92,35
		Realisasi Anggaran	96%

(Sumber data RSB Tahun 2025-2029 RSUP Dr.M.Djamil Padang)

Berdasarkan tabel Rencana Kinerja Jangka Menengah pada dokumen RSB 2025-2029 RSUP Dr.M.Djamil Padang maka target jangka menengah sudah mulai di tahun pertama sehingga masa berlaku target jangka menengah dimulai pada tahun ini.

B. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan

1. Pelayanan Prioritas

Pelayanan Prioritas RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 adalah 9 pengampuan yaitu layanan Kanker, layanan jantung, layanan stroke, layanan uronefro, layanan KIA, layanan DM, layanan Gastrohepatologi, layanan Tuberculosis dan layanan Respirasi, layanan PIE. Sementara layanan yang diampu adalah Layanan Jiwa.

2. Pelayanan Unggulan

Pada tahun 2025 terdapat Pelayanan Unggulan yang diampu oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang terkait dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai berikut:

1. Layanan Jantung, Pembuluh Darah dan Otak
2. Layanan Onkologi Terpadu
3. Layanan Kesehatan Ibu dan Anak
4. Layanan Transplantasi Organ
5. Layanan Pengobatan Regeneratif dan Terapi Sel

C. Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Anggaran Tahun 2025

Rencana Kerja Tahunan (RKT) merupakan perencanaan kinerja yang berisi program, kegiatan, anggaran untuk tahun berikutnya. Dalam menyusun Rencana Kerja Tahunan 2025, RSUP Dr.M. Djamil Padang mempedomani mekanisme dan jadwal perencanaan dan penganggaran yang berlaku ditingkat nasional dan Kementerian Kesehatan, baik berupa Renja K/L (Kementerian Kesehatan) serta Pagu Indikatif.

Faktor lain yang dipergunakan oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menyusun RKT adalah melihat angka Indikator Kinerja Terpilih (IKT) dan indikator Perjanjian Kinerja; khususnya capaian indikator kinerja yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja tahun 2025. Capaian indikator kinerja yang merupakan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr.M.Djamil Padang dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2025 sebagaimana tercantum dalam Lampiran 2.2.

Dalam rangka upaya mewujudkan kinerja yang telah diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja 2025, ditetapkanlah RKA Tahun 2025, yang terdiri dari 2 (dua) program sebagai berikut:

Tabel 1 Tabel 2.2 RKA Tahun 2025

Program-Kegiatan	Anggaran
------------------	----------

	(Rp)
Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	824.809.319.000
• Sarana Bidang Kesehatan	279.557.232.000
• Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	1.921.874.000
• Prasarana Bidang Kesehatan	634.500.000
• OM Sarana Bidang Kesehatan	233.511.084.000
• OM Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	1.933.006.000
• Pelatihan Bidang Kesehatan	11.097.059.000
• Layanan Dukungan Manajemen Internal	280.015.029.000
• Layanan Sarana dan Prasarana Internal	10.698.520.000
• Layanan Manajemen SDM Internal	4.627.672.000
• Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan	813.333.000
Program Dukungan Manajemen	104.219.464.000
• Layanan Dukungan Manajemen Internal	104.219.464.000

D. Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja adalah 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. Perjanjian Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan suatu janji kinerja yang akan diwujudkan selaku penerima amanah dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Di tahun 2025 terdapat 14 IKU dan 11 Sasaran Program/Kegiatan yang dikontrak kinerjanya. Perjanjian Kinerja Tahun 2025 RSUP Dr. M. Djamil Padang berpedoman pada visi dan misi Kementerian Kesehatan, RSB, dan peraturan terkait pengelolaan kinerja. Peta Strategi *Balanced Scorecard* RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029 dapat dilihat pada gambar 2.1

Rancangan Peta Strategi RSUP Dr. M. Djamil Padang



Gambar 2 2.1 Peta Strategi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Dari peta tersebut tergambar bahwa jumlah Sasaran Strategis (SS) ada sebanyak 11 (sebelas) SS dan diidentifikasi menjadi Indikator Kinerja Utama (IKU) sebanyak 14 (empat belas) IKU. Sasaran Strategis tersebut saling berkaitan satu sama lain sehingga diharapkan dapat menopang pencapaian Visi RSUP Dr.M. Djamil Padang.

Dari hasil *refinement* telah dihasilkan IKU Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2025 dan ditandatangani antara Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang bersama Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Adapun dokumen perjanjian yang telah dikontrakkinerjakan antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang di Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak Pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Pihak Kedua,

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

Jakarta, 2 Januari 2025
Pihak Pertama,

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS
NIP 196804191999031003

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
A. PERSPEKTIF STAKEHOLDER			
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL			
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. BLU Maturity Rating	Level 4
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien	6. Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	A: < 1.0 % B: < 1.0 % C: < 1.0 % D: < 1.0 %
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%
C. PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH			
9	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
		11. Training Effectiveness Index	70%

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

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

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
D. PERSPEKTIF FINANSIAL			
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%
11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13. Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14. Realisasi Anggaran	95%

Target Pendapatan PNBP Rp. 945.000.000.000,-

Program **Anggaran**

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN Rp. 793.039.517.000,-

2. Program Dukungan Manajemen Rp 104.219.464.000,-

Total **Rp 897.258.981.000,-**

Pihak Kedua,

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

Jakarta, 2 Januari 2025
Pihak Pertama,

Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS
NIP 196804191999031003

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

Gambar 3 2.2

Perjanjian Kinerja Tahun 2025

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran Kinerja

Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 diukur dari pencapaian Indikator Kinerja yang diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja (PK) RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025. Seluruh sasaran strategis yang dituangkan dalam PK RSUP Dr. M. Djamil Padang merupakan kinerja tahun pertama pada periode Renstra RSUP Dr. M. Djamil Padang 2025-2029. Secara rata-rata capaian kinerja pada Tahun 2025 adalah sebesar 103,53 % yang dihitung dari rata-rata capaian seluruh sasaran strategis.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025 yang telah ditetapkan, capaian kinerja yang diukur adalah membandingkan realisasi dan target dapat dilihat pada Tabel 3.1.

1. Membandingkan antara Target dan Realisasi Tahun Ini

Perbandingan antara target dan realisasi Tahun 2025 dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Tahun 2025

Sasaran Strategis 1 Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	Baik (76,61-88,3)		86,47%	112,87 %
Sasaran Strategis 2 Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas						
2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	50%	-	76,92%	153,84 %
Sasaran Strategis 3 Terwujudnya Pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang Berkesinambungan						
3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%	2%	-	0,96%	48%
Sasaran Strategis 4						

Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal						
4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	25%	-	40%	160%
Sasaran Strategis 5 Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel						
5	BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4	Level 4	3,94	4,04	101%
Sasaran Strategis 6 Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien						
6	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%	70%	73,51%	80,48%	114,97 %
Sasaran Strategis 7 Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten						
7	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	-	VAP : 2,04‰, IADP : 0,58‰, Phlebitis : 0,04 ‰, ISK : 0,26‰, HAP : 0,52‰ IDO : 0,28%	100%
8	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	80%	-	85%	106,25%
Sasaran Strategis 8 Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan						
9	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%	25%	7%	7,79%	31,16%
Sasaran Strategis 9 Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK						
10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	Puas (76,61-88,3)	80,24%	86,2	112,52%
11	<i>Training Effectiveness Index</i>	70%	70%	-	83,66%	119,51%
Sasaran Strategis 10 Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal						
12	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	10%	9%	6,55%	65,50%
Sasaran Strategis 11 Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
13	Nilai Kinerja Penganggaran	92,35	92,35		96,14	104,10%
14	Realisasi Anggaran	96%	96%	97,88%	98,64%	102,75%

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja pada tabel di atas dapat diketahui:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 8 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 3 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 1 target: dan

4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 2 target.

Dari 14 (empat belas) indikator kinerja yang ditetapkan sebanyak 11 (sebelas) telah tercapai sedangkan 3 (tiga) indikator tidak tercapai yaitu KPI 3 Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian, KPI 9 Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS, KPI 12 EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto).

Adapun pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap Indikator Kinerja Utama (IKU) pada masing-masing perspektif di dalam RSB RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025-2029, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi menyangkut masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk mendapatkan informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 khususnya dibandingkan dengan target yang ingin dicapai yang sudah ditetapkan di awal tahun. Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang dan Penetapan Kinerja tahun 2025.

2. Membandingkan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

Perbandingan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir dapat dilihat pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir

SASARAN STRATEGIS	IKU	BO BOT	SA-TUAN	PIC	Realisasi 2022	Realisasi 2023	Target 2024	Realisasi 2024	Target 2025	Realisasi 2025
PERSPEKTIF FINANSIAL Terwujudnya peningkatan pendapatan & kendali biaya	Persentase peningkatan pendapatan	4	Persentase	DPK	-7%	11%	10%	10,2%		
Terwujudnya efisiensi dan kendali biaya	<i>Cost recovery rate</i>	4	Persentase	DPK	89,72%	91,95%	71%	101%		
PERSPEKTIF STAKEHOLDER Terwujudnya kepuasan stakeholder	Tingkat kepuasan pasien	4	Persentase	SP P	82,58%	85,70	≥ 80		Baik (76,6 1-88,3)	86,47%
	Tingkat kepuasan peserta didik	4	Persentase	SP P	90,65%	86,74%	83%	94,56%		
	Tingkat kepuasan staf	4	Persentase	SP P	80,29%	80,02%	77,5%	80,24%	Baik (76,6 1-88,3)	86,2%
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL Terwujudnya pelayanan excellent terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Persentase kelulusan UKDI <i>first taker</i>	3	Persentase	SP P	94,39%					
	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	4	Persentase	DM K	100%					
	Indeks budaya patient safety	4	Persentase	DM K	90,75%					
	Capaian akreditasi rumah sakit	4	Satuan	DM K						
	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian		Persentase	SP P						0,96%
Terwujudnya efektifitas pusat layanan unggulan	Jumlah pelayanan unggulan yang dikembangkan	4	Satuan	DM K	Pelayanan Onkologi Terpadu					
	Persentase keberhasilan penanganan kasus sulit pada layanan unggulan	4	Persentase	DM K	76,02%					

Terwujudnya efektifitas pendidikan & pusat riset unggulan	Jumlah program studi spesialis (Sp1 /Sp2)	3	Satuan	SP P	1/1					
	Jumlah riset translasional	4	Satuan	SP P	7	3	2	5		
Optimalisasi sistem rujukan berjenjang	Persentase kasus rujukan yang tepat (atas-bawah)	4	Persentase	DM K	-					
Optimalisasi sistem jejaring dan kemitraan	Jumlah rumah sakit jejaring yang dibina	3	Satuan	DM K	8	19	8	13		
	Jumlah kegiatan kemitraan dengan sister hospital	3	Satuan	SP P	1	1	1	2		
Terimplementasinya sistem manajemen mutu pada unit kerja	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	4	Persentase	DM K	-					
	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis-	4	Persentase	DM K	92,29 %					
	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates								VAP : 2,04 ‰, IADP : 0,55 ‰, Phlebitis : 0,02 ‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55 ‰	100%
	Persentase Standar Klinis yang Tercapai								85%	106,25%
Terwujudnya sistem tata kelola unit kerja	Persentase SOP lintas unit kerja yang terimplementasi	4	Persentase	SP P	-					
	BLU Maturity Rating		Satuan						Level 4	Level 4,04
	Persentase unit kerja yang berkinerja ekselen	4	Persentase	SP P	-					

PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH Terwujudnya budaya kinerja, peduli, dan berorientasi pelanggan	Indek budaya PEDULI	4	Per-sen-tase	SP P	92,90 %	88,15 %	75%	86,26 %		
Terpenuhinya kuantitas & kualitas SDM	Persentase pemenuhan kebutuhan SDM	4	Per-sen-tase	SP P	71,14 %					
	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai dengan kebutuhan jabatan	4	Per-sen-tase	SP P	98,70 %					
	Training Effectiveness Index								83,66 %	119,51 %
Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	Persentase jumlah modul yang terintegrasi	4	Per-sen-tase	DK	85%					
	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan		Per-sen-tase						40%	160%
Terwujudnya ketersediaan dan keandalan sarfas	Persentase ketersediaan peralatan sesuai standar	4	Per-sen-tase	DM K	98,78 %					
	Tingkat OEE (overall equipment effectiveness)	4	Per-sen-tase	DM K	98,00 %					
	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal					100%	85%	100%		
	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar					54,79	95	98,98 %		
	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal					9,16 %	< 2.5			

	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan					2 kali	2 Kali	2 kali		
	Indeks Kepuasan Masyarakat di UPT vertikal					85,70	≥ 80			
	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator					12 laporan	12 Laporan			
	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol					12 laporan	12 Laporan			
	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran					100%	Sesuai RBA			
	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP					9,26%	10%			
	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional					1 layanan	1 layanan			
	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar					70,00 %	70			
	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan					85,70	≥ 80			
	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang					86,32 %	≥ 80%			
	Penundaan waktu Operasi Elektif					2,61 %	≤ 3%			
	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik					84,65 %	≥ 80%			

	Ketepatan waktu visit dokter untuk pasien RI					85,29 %	≥ 80%			
	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh di rektorat TKPK)					5	1 indikator tercapai setiap layanan			
	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan					7	1			
	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna					2	1			
	(RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)					9 layanan	1S Layanan			
	Kepatuhan kebersihan tangan					92,72 %	≥90 %			
	Kepatuhan penggunaan APD					99,71 %	100%			
	Kepatuhan identifikasi pasien					100%	100%			
	Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat					86,58 %	≥80 %			
	Waktu tunggu rawat jalan					83,86 %	≥80 %			
	Penundaan operasi elektif					14,28 %	≤5%			
	Kepatuhan waktu visit dokter					86,01 %	≥80 %			
	Pelaporan hasil kritis laboratorium					89,05 %	100%			
	Kepatuhan penggunaan formularium nasional					100%	≥90 %			

	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)					100%	$\geq 85\%$			
	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh					100%	100%			
	Kecepatan waktu tanggap komplain					100%				
	Kepuasan pasien					85,70	IKM ≥ 80		95%	
	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital					1	1 Sistem			
	Waktu tanggap operasi section cesarean darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit					86,58 %	≤ 30 menit			
	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi					90,00 %	100%	100%		
	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU					101,77	95	102,02%		
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni					96,34	97	98,88 %		
	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU					98,79	95	98,12 %	95%	98,64 %
	Nilai Kinerja Penganggaran								96,14	120,02%
	Persentase nilai EBITDA Margin					1%	15%	8%	10%	6,55 %
Terwujudnya Penguatan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal						< 2,5%	8,18 %		

	Bed Occupancy Rate (BOR)		Perse						80,58 %	115,11 %
Terwujudnya penurunan jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN						10%	16,1 %	25%	7,79 %
Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama						1 rumah sakit	6 RS		
	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya						4 rumah sakit	30 RS		
Tercapainya indikator RPJMN	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit						60%	94,04 %		
Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan						10%	50%		
Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional						1 layanan	2 layanan		
	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien						80%	90,78 %		
	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan						100%	100%		
	Persentase peningkatan mutu layanan klinis						80%	97,29 %		
	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik						100%	75%		

Terwujudnya peningkatan kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar						90%	90,67 %		
Terwujudnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan rujukan	Persentase Indikator nasional Mutu yang mencapai target						100%	86%		
	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan						SBK > 75%	77,32 %		
	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target		Perse n- tase						50%	76,92 %
Terwujudnya peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik	Persentase hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal pelayanan Kesehatan						95%	100%		

Dinamika capaian kinerja organisasi menunjukkan tren yang sangat positif dengan indikasi pertumbuhan yang berkelanjutan jika dibandingkan dengan periode tahun-tahun sebelumnya. Dari Perspektif Finansial, terdapat lompatan signifikan pada indikator efisiensi melalui Cost Recovery Rate yang pada tahun 2024 mampu menembus angka 101%, melampaui target yang ditetapkan sebesar 71% serta menunjukkan performa yang jauh lebih stabil dibandingkan realisasi tahun 2022 dan 2023. Hal ini merefleksikan keberhasilan manajemen dalam mengoptimalkan pendapatan sekaligus melakukan pengendalian biaya operasional secara presisi, yang diperkuat dengan realisasi EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto) 6,55%.

Pada Perspektif Stakeholder, fokus organisasi terhadap kualitas layanan membuahkan hasil yang konkret, di mana tingkat kepuasan pasien pada tahun 2025 tercatat mencapai 86,47%, sebuah peningkatan berkelanjutan dari tahun

2022 (82,58%) dan 2023 (85,70%). Angka ini menunjukkan bahwa transformasi layanan yang dilakukan telah berhasil memenuhi ekspektasi masyarakat. Sejalan dengan itu, indeks kepuasan staf juga mengalami kenaikan menjadi 86,2%, yang mengindikasikan bahwa kesejahteraan dan lingkungan kerja internal berada dalam kondisi yang sehat untuk mendukung produktivitas maksimal.

Menelaah Perspektif Proses Bisnis Internal, akselerasi terlihat jelas pada pengembangan layanan unggulan, di mana realisasi pada tahun 2024 telah mencapai target 12 laporan indikator mutu nasional secara konsisten. Meskipun terdapat tantangan pada beberapa aspek seperti persentase penurunan jumlah kematian yang memerlukan perhatian khusus, namun efektivitas sistem rujukan terintegrasi tetap terjaga di angka 100%. Keberhasilan operasional ini juga didukung oleh pemenuhan sarana prasarana (SPA) yang melonjak tajam menjadi 98,98% dari tahun sebelumnya yang hanya sebesar 54,79%, menunjukkan komitmen investasi pada infrastruktur medis yang sangat kuat.

Terakhir, pada Perspektif Learning & Growth, organisasi menunjukkan kematangan yang semakin matang dengan pencapaian BLU Maturity Rating pada Level 4,04. Budaya kerja yang berorientasi pada kinerja tercermin dari indeks budaya PEDULI yang stabil di angka 86,26% dan efektivitas pelatihan yang melampaui target hingga 119,51%. Integrasi sistem informasi melalui penerapan Hospital Information System (IHS) yang mencapai efektivitas 160% menjadi tulang punggung digitalisasi yang memastikan seluruh proses pelayanan berjalan lebih cepat, akurat, dan transparan dibandingkan periode-periode sebelumnya. Secara kumulatif, tren data ini memberikan fondasi yang kuat bagi organisasi untuk melangkah ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi dan kompetitif di masa depan.

3. Membandingkan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun Ini dengan Target Jangka Menengah yang Terdapat dalam Dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Tabel 3.3 Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun Ini dengan Target Jangka Menengah yang terdapat dalam dokumen Perencanaan Strategis Organisasi

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target					Realisasi Tahun 2025
						2025	2026	2027	2028	2029	
Finansial	1.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Finance	1	EBITDA margin (%) terhadap pendapatan operasional netto)	Cluster 2: 10%	Cluster 2: 10%	Cluster 2: 15%	Cluster 2: 15%	Cluster 2: 15%	Cluster 2 : 6,55%
Stakeholder	2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Pilar 1 : Layanan	2	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik	Baik (86,47)
	3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Pilar 2 : Pengampunan	3	Peresentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	57,5%	65%	72.5%	80%	76,92%
	4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Pilar 3 : Penelitian, Pelatihan, dan Pendidikan	4	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 0,96%
Proses Bisnis	5.	Terwujudnya sistem IT dan	IT	5	Persentase penerapan	25%	50%	75%	90%	100%	40%

		teknologi kesehatan yang andal			Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan						
Internal	6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola	6	BLU Maturity Rating	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	4,04
	7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Operational Excellence	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%	80,58%
	8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Mutu Pelayanan	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	VAP : 2,04 ‰, IADP : 0,55 ‰, Phlebitis : 0,02 ‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55 ‰
				9	Persentase standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%	85%
9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus	Branding & Marketing	10	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan	10%	15%	20%	50%	50%	7,79%	

		pada pelanggan			keseluruhan RS						
Learning and Growth	10	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	SDM & Budaya Kerja	11	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas	Puas (86,2%)
				12	Training effectiveness index	70%	73,75%	77,5%	82,25%	85%	83,66%
				13	Nilai Kinerja Penganggaran						96,14
				14	Realisasi Anggaran						98,64%

(Sumber data aplikasi RSB Tahun 2025-2029 RSUP Dr.M.Djamil Padang)

Berdasarkan tabel Rencana Kinerja Jangka Menengah pada dokumen RSB 2025-2029 RSUP Dr.M.Djamil Padang maka target jangka menengah baru dimulai di tahun pertama.

1. Perspektif Finansial: Tantangan pada Profitabilitas

EBITDA Margin: Realisasi tahun 2025 hanya mencapai 6,55%, masih di bawah target yang ditetapkan sebesar 10%. Hal ini menunjukkan perlunya peninjauan kembali pada struktur biaya operasional atau optimalisasi pendapatan operasional netto agar dapat mencapai target 15% pada tahun 2027. Optimalisasi EBITDA: Perlu dilakukan efisiensi pada biaya variabel agar margin meningkat dari 6,55% menuju 15% di tahun depan

Pendapatan Penelitian: Capaian sebesar 0,96% belum memenuhi target 2% bagi RS Pendidikan Utama. Ini mengindikasikan bahwa komersialisasi riset belum berjalan optimal.

Pendapatan Non-JKN: Capaian 7,79% dari target 10% menunjukkan ketergantungan yang masih tinggi pada pasien JKN. Strategi *Branding & Marketing* perlu diperkuat untuk menarik segmen pasar mandiri atau asuransi swasta guna mencapai target agresif 50% di tahun 2028. Mengingat realisasi pendapatan non-JKN masih rendah (7,79%), RS harus lebih inovatif dalam mengemas layanan eksekutif atau *wellness package*

2. Perspektif Pelanggan (Stakeholder): Kepuasan yang Solid

CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan): Realisasi skor 86,47 masuk dalam kategori "Baik", sesuai dengan target tahun 2025. Ini adalah modal kuat untuk mempertahankan loyalitas pasien.

Layanan Pengampuan: Persentase pencapaian lokus pengampuan penyakit prioritas mencapai 76,92%, jauh melampaui target awal sebesar 50%. Ini menunjukkan kinerja sangat baik dalam fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan nasional

3. Perspektif Proses Bisnis Internal: Efisiensi vs Mutu Klinis

Bed Occupancy Rate (BOR): Realisasi mencapai 80,58%, melampaui target 70%. Secara finansial, ini bagus karena utilisasi aset tinggi, namun perlu dijaga agar tidak terjadi *overcapacity* yang dapat menurunkan mutu layanan. Integrasi IT (IHS): Penerapan sistem IT terintegrasi mencapai 40%,

melampaui target tahun 2025 yang sebesar 25%. Akselerasi ini krusial untuk mendukung efisiensi proses bisnis secara keseluruhan.

Mutu Klinis (HAIs): Meskipun standar klinis tercapai 85% (di atas target 80%), angka infeksi seperti VAP (2,04%) masih berada di atas ambang batas standar umum (< 1,0%) yang ditetapkan dalam target strategis

4. Perspektif Pembelajaran & Pertumbuhan (Learning and Growth)

SDM & Budaya Kerja: Tingkat kepuasan pegawai sangat tinggi di angka 86,2% (kategori Puas). **Training Effectiveness:** Mencapai 83,66%, jauh melampaui target 70%, yang menunjukkan program pengembangan kompetensi pegawai berjalan sangat efektif. **Kinerja Anggaran:** Nilai kinerja penganggaran (96,14) dan realisasi anggaran (98,64%) menunjukkan disiplin fiskal yang sangat baik di level manajerial.

4. Membandingkan Realisasi Kinerja Tahun ini dengan Standar Nasional dan Rumah Sakit Setara.

Perbandingan Target dan Realisasi IKU dengan Rumah Sakit Setara dan Nasional dapat dilihat pada Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan standar Nasional dan Rumah Sakit Setara

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target 2025	Realiasi 2025	Rumah Sakit Setara			Rumah Sakit Nasional		
								RS Adam Malik	RS M Hoesin Plg	RS HS	RS Persahabatan	RS Sardjito	RSC M
Finansial	1.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Finance	1	EBITDA margin (%) terhadap pendapatan operasional netto)	Cluster 2: 10%	Cluster 2 : 6,55%	1%		5,75%		13%	7%
Stakeholder	2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Pilar 1 : Layanan	2	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik	Baik 86,47%	80,84		87,45	87,69	85,33	78,79
	3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Pilar 2 : Pengampunan	3	Peresentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	76,92%		100%	45%	59,42%	80%	100%
	4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Pilar 3 : Penelitian, Pelatihan, dan Pendidikan	4	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 0,96%			0,38%		0,02%	4,42%
Proses Bisnis	5.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	IT	5	Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi	25%	40%	38,62%		99,13%	25%	40%	60%

					untuk seluruh layanan									
Internal	6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola	6	BLU Maturity Rating	Level 4	4,04	3,97	3,87	3,84	3,78	4,34	4,12	
	7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Operational Excellence	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	80,48%	86,27%			75,28%	65,38%	83%	73%
	8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Mutu Pelayanan	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	VAP : 2,04‰, IADP : 0,58‰, Phlebitis : 0,04 ‰, ISK : 0,26‰, HAP : 0,52‰, IDO : 0,28%	ISK : 0‰ VAP : 0‰ CLA BSI : 0 % SSI : 0,26 %		∑ insiden CAUTI <1 ‰ = 0,05 ∑ insiden VAP <1 ‰ = 1,02 ∑ insiden CLA BSI <1 ‰ = 0 ∑ insiden SSI <1 ‰ = 0,03	1,22 ‰	0,16 ‰	1. CAUT/ISK: 0‰ 2. VAP : 3.11 ‰ 3. CLA BSI/ID: 0 ‰ 4. SSI/IDO : 0.23 %	
	9			9	Persentase standar klinis	80%	85%	100%		100%	75%	89%	100%	

					yang tercapai								
	9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Branding & Marketing	10	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,79%			12 %	12%	13%	32%
Learning and Growth	10	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	SDM & Budaya Kerja	11	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Puas	86,2		77,75	84,22	77,37	94,22	75,55
				12	Training effectiveness index	70%	83,66%%	71,04%	96,05%	88,80	93,16	71,97%	64,84%
				13	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	96,14			87	91,13	91,85	91,12
				14	Realisasi Anggaran	95%	98,64%			92,23%		92,51%	76,65%

(Sumber data aplikasi e-performance 2025)

Berdasarkan perbandingan capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan rumah sakit setara dan rumah sakit nasional tahun 2025, berikut adalah analisa perbandingan kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang dengan Rumah Sakit Setara (RS H. Adam Malik, RS M. Hoesin Palembang, RS Hasan Sadikin, dan RS Persahabatan) serta Rumah Sakit Nasional (RS Sardjito dan RSCM):

1. Performa Finansial dan Kemandirian

- EBITDA Margin: RSMDJ mencatat angka 6,55%, masih di bawah target klaster (10%). Angka ini masih rendah dibandingkan RS Nasional seperti RS Sardjito (13%) dan RSCM (7%).
- Pendapatan Non-JKN: Capaian RSMDJ sebesar 7,79% belum mencapai target 10%. Namun, angka ini masih jauh tertinggal dari RSCM yang sangat mandiri dengan porsi pendapatan non-JKN mencapai 32%.

2. Efektivitas Operasional dan Layanan

- Bed Occupancy Rate (BOR): RSMDJ memiliki tingkat hunian tertinggi yakni 80,48%. Angka ini melampaui RSCM (73%), mengindikasikan beban kerja fasilitas yang sangat padat dibandingkan RS lainnya.
- Kepuasan Pelanggan (CSAT): Skor RSMDJ adalah 86,47. Nilai ini sudah cukup baik disbanding dengan rumah sakit lainnya.

3. Keunggulan Mutu Klinis dan Pengampuan

- Pengendalian Infeksi (HAIs): RSMDJ menunjukkan kualitas klinis yang sangat kompetitif dengan angka infeksi 0,26‰ pada indikator ISK dan 2,04‰ VAP. Ini lebih baik dibanding RSCM yang masih memiliki angka VAP sebesar 3,11‰.
- Program Pengampuan: RSMDJ mencapai target lokus 76,92%, masih dibawah capaian RSCM dan RS Sardjito namun sudah mengungguli rumah sakit lainnya seperti RS Hasan Sadikin (45%) dan RS Persahabatan (59,42%).

4. Tata Kelola dan SDM

- **Maturitas BLU:** Skor RSMDJ berada di angka **4,04**. Meskipun mendekati rata-rata RS setara, posisi ini masih di bawah RS Nasional yang sudah melampaui angka 4 (RS Sardjito **4,34** dan RSCM **4,12**).

- **Realisasi Anggaran:** RSMDJ sangat efektif dalam penyerapan anggaran dengan capaian **98,64%**, jauh lebih tinggi daripada RSCM yang hanya berada di angka **76,65%**

5. Analisis Penyebab Keberhasilan/Kegagalan atau Peningkatan/Penurunan Kinerja serta Alternative Solusi yang Telah Dilakukan

Capaian IKU untuk setiap Sasaran Strategis adalah sebagai berikut:

Analisis Capaian Kinerja

1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

Tabel 3.5 Sasaran Strategis 1

Sasaran Strategis 1 Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	Baik (76,61-88,3)		86,47%	112.87%

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 2

Tabel 3.6 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 1

No	Indikator Kinerja	Target PK	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	86,47%	112.87%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia. Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien.

- c. Definisi IKU

Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada:

- Poliklinik;

- Rawat inap;
- IGD; dan
- Laboratorium

Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)

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

Metode Pelaksanaan

Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.

Metode Pengolahan Data

Metode pengolahan data Dengan cara Menghitung Nilai Pencapaian untuk Satu Unsur sebagai berikut :

Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \sqrt{\frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}}$

Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang

Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang

Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) 2.

Menghitung Kepuasan Pasien di Satu Unit

Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit 3. Menghitung Kepuasan Pasien di RS Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di RS

Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh RS dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh RS

d. Formula IKU

Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1)/(\text{Jumlah Baik terbaik bagi Pelanggan})$ Unsur)

Nilai Survei Kepuasan = $(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur}/\text{Total Unsur yang Terisi}) * \text{Nilai Penimbang}$

Konversi Nilai Survei Kepuasan = $\text{Nilai Survei Kepuasan} * 25$

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

e. Realisasi IKU sebesar : 86,47%

f. Permasalahan : Secara keseluruhan target tercapai, akan tetapi masih terdapat beberapa hal untuk bisa lebih optimal lagi kedepannya.

g. Solusi : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan

h. Rencana Tindak Lanjut : Monev bersama untuk aspek yang masih perlu ditingkatkan

i. Strategi :

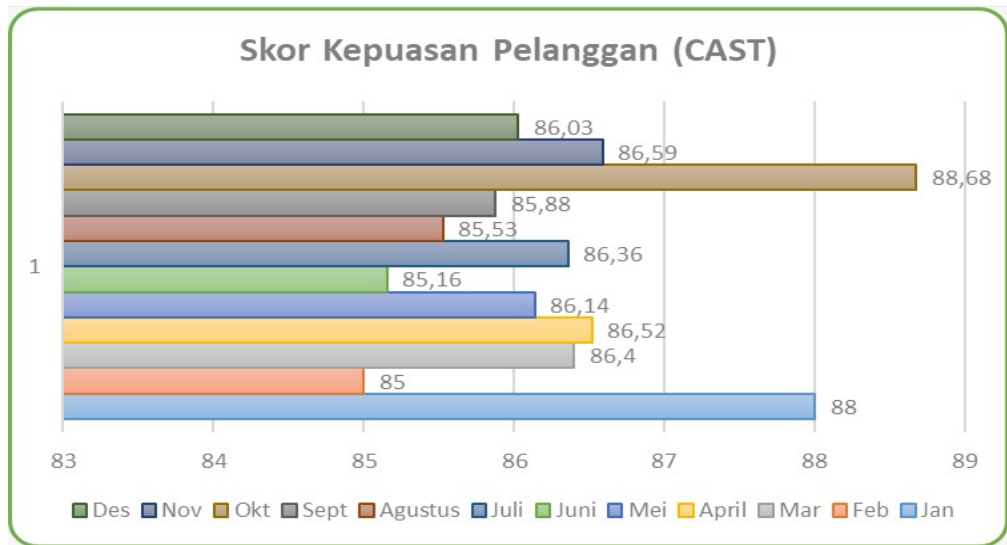
Rekomendasi Strategis untuk Tim Hukormas

Untuk mempertahankan dan meningkatkan skor ke depannya, berikut langkah-langkah yang diusulkan:

- Evaluasi Pasca-Layanan di Bulan Februari/Juni: Melakukan deep dive pada kotak saran dan kanal komplain digital untuk mengetahui penyebab penurunan skor di bulan-bulan kritis tersebut.
- Manajemen Ekspektasi (Public Relations): Mengingat bulan Oktober memiliki skor tertinggi, kita perlu mendokumentasikan "Best Practice" layanan pada bulan tersebut untuk dijadikan standar prosedur (SOP) di bulan lainnya.
- Optimalisasi Kanal Komplain: Memastikan setiap keluhan pelanggan direspons dalam waktu kurang dari 1x24 jam untuk mencegah penurunan skor kepuasan secara akumulatif.
- Reward untuk Unit Pelayanan: Memberikan apresiasi kepada unit pelayanan dengan feedback positif terbanyak sebagai motivasi internal.
- Percepatan untuk tindak lanjut masing-masing aspek

j. Analisis terkait Capaian IKU

Grafik 3.1 Skor Kepuasan Pelanggan



(Sumber data Timker Hukor)

Grafik di atas menunjukkan skor kepuasan pelanggan (Customer Satisfaction Score/CSAT) dari bulan Januari hingga Desember. Berdasarkan data grafik sepanjang tahun (Januari - Desember), rata-rata skor kepuasan pelanggan berada di rentang 85,00 hingga 88,68. Secara umum, performa rumah sakit dikategorikan sangat baik karena konsisten berada di atas angka 85. Namun, terdapat fluktuasi yang perlu mendapat perhatian khusus pada periode triwulan pertama dan kedua.

Puncak Kepuasan (Peak Performance): Skor tertinggi diraih pada bulan Oktober (88,68), disusul oleh bulan Januari (88). Ini mengindikasikan bahwa pada awal tahun dan kuartal keempat, sistem pelayanan berjalan sangat optimal. **Titik Terendah (Lowest Point):** Penurunan signifikan terjadi pada bulan Februari (85). Skor ini merupakan yang terendah sepanjang tahun. **Stabilitas Semester II:** Terlihat adanya tren pemulihan dan stabilitas yang lebih baik pada semester kedua (Juli–Desember), di mana angka kepuasan cenderung berada di atas 86 (kecuali Agustus).

Analisis Masalah (Point of Concern)

Sebagai bagian Hukormas, kita perlu menyoroti beberapa anomali:

- Penurunan tajam Jan-Feb: Terjadi penurunan dari 88 ke 85. Hal ini perlu divalidasi apakah terkait dengan lonjakan jumlah pasien, perubahan kebijakan internal, atau adanya keluhan yang viral di media sosial pada periode tersebut.

- Fluktuasi Tengah Tahun: Pada bulan Juni (85,16) dan Agustus (85,53), skor kembali mendekati batas bawah. Hal ini biasanya berkorelasi dengan musim libur atau keterbatasan jumlah personil di lapangan.

k. Anggaran : Rp 279.869.566.000,-

l. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

Beberapa program yang dapat menunjang keberhasilan pencapaian kinerja CSAT adalah:

- ◆ Sistem Manajemen Antrean Terintegrasi
- ◆ Rekam Medis Elektronik (RME) Terpadu
- ◆ Pusat Informasi dan Edukasi Pasien
- ◆ Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan
- ◆ Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
- ◆ Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien

m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.7 berikut ini:

Tabel 2 Perbandingan Capaian IKU 1 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	≥ 80	≥ 80	Baik (76,61-88,3)
Realisasi	85,70		86,47%
Capaian			112.87%

Dari target kepuasan pasien Tahun 2025 adalah Baik (76,61-88,3) sementara realisasinya adalah 86,47%. Pada tahun 2024 indikator ini tidak termasuk dalam perjanjian kinerja namun pada tahun 2023 capaian 85,70.

n. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.8 berikut ini:

Tabel 3.8 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 1 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	Baik (76,61-88,3)	86,47%	Baik (76,61-88,3)

2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target

Tabel 3.9 Sasaran Strategis 2

Sasaran Strategis 2 Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	50%	-	76,92%	153,84%

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 2

Tabel 3.10 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 2

No IKU	Nama IKU	Target	Realisasi	Kinerja
2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	76,92%	153,84%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas. Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain.

- c. Definisi IKU

Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu. Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit

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

d. Formula IKU

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

e. Realisasi IKU sebesar : 76,92%

f. Permasalahan :

Anggaran terbatas/terkena efisiensi, sebagian besar kegiatan via daring. Menunggu kepastian dana SIHREN

g. Rencana Tindak Lanjut :

Tetap mengutamakan kegiatan secara daring. Kegiatan luring menggunakan dana SIHREN

h. Strategi : Mengutamakan program secara daring

i. Anggaran : Rp 6.063.819.000,-

j. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

- Mengutamakan pembinaan via daring (pendampingan/visitasi daring)
- Memperkuat kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring
- Keberhasilan pencapaian lokus sangat ditunjang oleh program-program yang terintegrasi dan fokus pada aspek-aspek kunci:
 - Program Penguatan Kapasitas SDM
 - Program Kemitraan dan Jejaring
 - Program Peningkatan Partisipasi Masyarakat

k. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.11 berikut ini:

Tabel 3.11 Perbandingan Capaian IKU 2 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	50%
Realisasi	-	-	76,92%
Capaian	-	-	153,84%

Dari target Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target Tahun 2025 adalah 50% sementara realisasinya adalah 76,92%.

- I. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.12 berikut ini:

Tabel 3.12 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 2 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	50%	76,92%	65%

3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Tabel 3.13 Sasaran Strategis 3

Sasaran Strategis 3 Terwujudnya Pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang Berkesinambungan						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%	2%	-	0,96%	48,00%

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 3

Tabel 3.14 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 3

No IKU	Nama IKU	Target	Realisasi	Kinerja
3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%	0,96%	48,00%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang Berkesinambungan. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

c. Definisi IKU

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

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

d. Formula IKU

$(\text{total pendapatan dari semua penelitian CRU} \div \text{total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$

e. Realisasi IKU sebesar : 0,96%

f. Permasalahan

1. Uji Klinis yang berbasis pendapatan dari Sponsor masih terbatas.
2. Rendahnya Minat Peneliti dalam penelitian uji klinis
3. Sarana dan prasarana pendukung CRU (*clinical research unit*) yang belum memadai

g. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan di atas, beberapa solusi yang dapat diimplementasikan adalah:

1. Meningkatkan kesempatan Uji Klinis dengan pengisian Visibility Study tepat waktu.
2. Sosialisasi keseluruhan KSM terkait Uji Klinis dan cara mendapatkan sponsor.
3. Melengkapi sarana dan prasarana CRU (Kulkas minus 80 C, Ruang untuk uji klinis terstandar

Pendapatan yang diperoleh dari penelitian merupakan indikator penting bagi kemajuan akademik dan keuangan rumah sakit. Namun, seringkali ada tantangan dalam memaksimalkan potensi ini.

h. Rencana Tindak lanjut

- ♦ Meningkatkan kesempatan Uji Klinis dengan pengisian Visibility Study tepat waktu.

- ♦ Sosialisasi keseluruhan KSM terkait Uji Klinis dan cara mendapatkan sponsor.
 - ♦ Melengkapi sarana dan prasarana CRU (Kulkas minus 80 C, Ruangan untuk uji klinis terstandar
- i. Strategi :
- Mencari dan mengisi setiap visibility study yang ditawarkan ke Peneliti RSUP Dr M Djamil.
 - Sharing season PI Principel Investigator yang telah berhasil melakukan uji klinis.
 - Mengajukan pengadaan sarana dan prasarana CRU
 - Mengembangkan Djamil Data Health
- i. Analisis terkait Capaian IKU
- j. Anggaran : Rp 2.300.260.000,-
- k. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja:
1. Mencari dan mengisi setiap visibility study yang ditawarkan ke Peneliti RSUP Dr M Djamil.
 2. Sharing season PI Principel Investigator yang telah berhasil melakukan uji klinis.
 3. Mengajukan pengadaan sarana dan prasarana CRU
 4. Mengembangkan Djamil Data Health
 5. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
 6. Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional
- l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja Dua Tahun Sebelumnya
Perbandingan Realisasi Capaian IKU 3 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.15 berikut ini :

Tabel 3.15 Perbandingan Realisasi IKU 3 Tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	-	-	0,96%

- m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 3 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah
Perbandingan Realisasi Capaian IKU 3 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat pada Tabel 3.16 berikut ini:

Tabel 3.16 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 3 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian	Realisasi	
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari semua	2%	2%	0,96%	48,00%

4. Persentase penerapan system informasi rumah sakit (HIS) terintegrasi untuk seluruh layanan

Tabel 3.17 Sasaran Strategis 4

Sasaran Strategis 4 Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	25%	-	40%	160%

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 4

Tabel 3.18 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 4

No IKU	Nama IKU	Target	Realisasi	Kinerja
4	Persentase Penerapan Sistem	25%	40%	160%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal. Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama

- c. Definisi IKU

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar

Modul untuk pengembangan Back Office. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:

- Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)
- Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)
- Persentase integrasi sistem inventory2 : (W: 20%)
- Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS3 : (W: 20%)
- Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS4 : (W: 20%)

Catatan:

- Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat
- Sistem inventory sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan Inventori
- 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
- 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

d. Formula IKU

$$(\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW)) * W = \text{weight/bobot}$$

e. Realisasi IKU

Realisasi IKU adalah 40%

f. Permasalahan :

Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) yang terintegrasi untuk seluruh layanan adalah kunci efisiensi dan peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit. Namun, ada beberapa permasalahan umum yang sering dihadapi:

1. Kompleksitas Integrasi Sistem
 2. Kualitas Data dan Standarisasi
 3. Keterbatasan Sumber Daya (SDM dan Anggaran)
 4. Keamanan Data dan Privasi
 5. Ketersediaan dan Kualitas Infrastruktur Jaringan
 6. Keterbatasan Pemeliharaan
 7. Regulasi dan Kebijakan
- g. Solusi
- Untuk mengatasi permasalahan di atas, diperlukan pendekatan strategis dan komprehensif:
- Perencanaan Komprehensif dan Bertahap
 - Penguatan Kualitas Data dan Standarisasi
 - Manajemen Perubahan dan Pelatihan Intensif
 - Alokasi Sumber Daya yang Memadai
 - Penguatan Keamanan dan Privasi Data
 - Peningkatan Infrastruktur Jaringan
 - Kolaborasi dengan Vendor dan Pemangku Kepentingan
- h. Rencana Tindak Lanjut : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan
- i. Anggaran : Rp 4.234.101.000,-
- j. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
1. Beberapa program utama yang sangat menunjang keberhasilan pencapaian kinerja persentase penerapan IHS terintegrasi:
 2. Program Manajemen Perubahan (Change Management Program)
 3. Program Pelatihan Komprehensif dan Berkelanjutan
 4. Program Penguatan Tata Kelola Data (Data Governance Program)
 5. Program Peningkatan Infrastruktur IT
 6. Program Dukungan Teknis dan Helpdesk 24/7
 7. Program Evaluasi dan Optimalisasi Berkelanjutan
 8. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi
 9. Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi

10. Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue

k. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja Dua Tahun Sebelumnya

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2023 s.d. 2025

Tabel 3.19 berikut ini :

Tabel 3.19 Perbandingan Realisasi IKU 4 tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	-	-	40%

l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam tabel 3.20 berikut ini :

Tabel 3.20 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 4 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit	25%	25%	40%	75%

5. BLU Maturity Rating

Tabel 3.21 Sasaran Strategis 5

Sasaran Strategis 5 Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
5	BLU Maturity Rating	Level 4	Level 4	3,94	4,04	101,00 %

a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 5

Tabel 3.22 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 5

No IK	Nama IKU	Target	Realisasi	Kinerja
5	BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4	4,04	101,00

b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel. Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat

c. Definisi IKU

RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance Maturity Rating (BLUSmart)*.

1) Result Based

- Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan
- Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif.
- Pada result based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan.

2) 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: PredicTabel; dan Level 5: Optimizing
- Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU

d. Formula IKU

Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas

- e. Realisasi IKU sebesar : 4,04
- f. Permasalahan BLU Maturity Rating :
 - Penilaian masih rendah pada Aspek keterlibatan Pengguna Jasa karena Inovasi yang dilakukan umumnya belum ada feedback dari stakeholder
 - Dashboard yang diminta harus berdasarkan aplikasi namun umumnya dashboard yang ada berdasarkan dari excel
- g. Rencana Tindak Lanjut BLU Maturity Rating : Sosialisasi terkait kebutuhan matrat terutama terkait Inovasi.
- h. Strategi : Lebih meningkatkan pengawasan terhadap petugas yang memberikan pelayanan
- i. Analisis BLU Maturity Rating di Rumah Sakit Vertikal
 Penilaian BLU Maturity Rating didasarkan pada model yang komprehensif, menilai aspek keuangan, pelayanan, dan Total Quality Management (TQM) yang meliputi kapabilitas internal, tata kelola, inovasi, dan lingkungan. Kertas Kerja Maturity Rating BLU disusun berdasarkan prinsip dasar penilaian maturitas yang terdiri atas lima tingkatan utama:
 1. Level 1 (Initial/Ad Hoc)
 2. Level 2 (Managed)
 3. Level 3 (Defined)
 4. Level 4 (PredicTabel)
 5. Level 5 (Optimizing)
 Beberapa analisis penting terkait BLU Maturity Rating di rumah sakit vertikal:
 1. Aspek Penilaian Komprehensif
 2. Hubungan IKU dengan Tingkat Maturitas
 3. Kemenkes sebagai Penilai dan Pembina
- j. Anggaran : Rp 454.390.000,-
- k. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja:
 1. Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
 2. Meningkatkan Penelitiandalam semua aspek
 3. Meningkatkan inovasi di rumah sakit terutama yang berhubungan dengan penilaian maturity rating

4. Membuat dashboard dari aplikasi untuk beberapa aspek penilaian maturity rating

- I. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 5 Tahun 2023 s.d. 2025
Perbandingan Realisasi Capaian IKU 5 Tahun 2023 s.d. 2025 terlihat pada Tabel 3.23 berikut ini :

Tabel 3.23 Perbandingan Realisasi IKU 5 Tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
BLU <i>Maturity Rating</i>	3,65	3,94	4,04

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 5 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam tabel 3.24 berikut ini :

Tabel 3.24 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 5 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4	Level 4	4,04	Level 4

6. Bed Occupancy Rate (BOR)

Tabel 3.25 Sasaran Strategis 6

Sasaran Strategis 6 Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
6	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%	70%	73,51%	80,48%	114,97%

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU

Tabel 3.26 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 6

No IKU	Nama IKU	Target	Realisasi	Kinerja

6	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	80,48%	114,97%
---	--------------------------	-----	--------	---------

b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien. Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis

c. Definisi IKU

Bed Occupancy Rate adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu

d. Formula IKU

$$\left[\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$$

e. Realisasi IKU sebesar : 80,48%

f. Permasalahan Bed Occupancy Rate (BOR)

BOR adalah indikator penting dalam manajemen rumah sakit yang mengukur tingkat pemanfaatan tempat tidur. BOR yang optimal biasanya berkisar antara 60-85%.

g. Solusi : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan

h. Rencana Tindak Lanjut : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan

i. Anggaran : Rp 139.658.400.000,-

j. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja BOR
Analisis program harus melihat aspek-aspek yang mendukung keberhasilan pencapaian kinerja BOR

1. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang Terintegrasi
2. Program Peningkatan Kompetensi Staf
3. Program Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien
4. Program Pemasaran dan Hubungan Masyarakat (Humas)
5. Program Evaluasi dan Monitoring Berkelanjutan
6. Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
7. Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV
8. Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV
9. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya

k. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja:

l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja Dua Tahun Sebelumnya:

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2023 s.d. 2025 terlihat pada Tabel 3.27 berikut ini:

Tabel 3.27 Perbandingan Realisasi IKU 6 Tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	71,38%	73,51%	80,58%

m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.28 berikut ini :

Tabel 3.28 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 6 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
<i>Bed Occupancy Rate</i>	70%	70%	80,58%	70%

7. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

Tabel 3.29 Sasaran Strategis 7

Sasaran Strategis 7 Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
7	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰		VAP: 2,04‰, IADP:0,55‰, Phlebitis: 0,02‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55‰	100,00%
8	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	80%		85%	106,25%

a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 7

Tabel 3.30 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 7

No	Nama IKU	Targ	Reali	Kine
----	----------	------	-------	------

7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	VAP: 2,04‰, IADP:0,55‰, Phlebitis: 0,02‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55‰	100,00 %
----------	--	---	--	-------------

b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten. Memberikan pelayanan berkualitas

c. Definisi IKU

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:

- 1)CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)
- 2)VAP (Ventilator Associated Pneumonia)
- 3)CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU
- 4) SSI (Surgical Site Infection) – dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau Total Hip Replacement), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara.

*) Sumber: Definisi Operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No.YM.01.02/D.VI/97/2024

d. Formula IKU

A: Σ insiden CAUTI

B: Σ insiden VAP

C: Σ insiden CLABSI

D: Σ insiden SSI

A: (jumlah kasus CAUTI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 catheter urinary-days

B: (jumlah kasus VAP1÷ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 ventilator days

C: (jumlah kasus CLABSI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 central-days

D: (jumlah kasus SSI1 ÷ jumlah tindakan operasi) x 100

1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

e. Realisasi IKU sebesar :

- VAP : 2,04 ‰
- IADP/ CLABSI : 0,55‰
- PHLEBITIS/PLABSI : 0,02 ‰
- ISK /CAUTI: 0,26 ‰
- HAP : 0,55‰

f. Permasalahan :

- Kepatuhan petugas dalam penerapan kewaspadaan Isolasi yang belum optimal seperti penerapan kepatuhan kebersihan tangan yang belum sesuai standar, pemakaian APD yang belum sesuai dengan Indikasi
- belum optimalnya persediaan fasilitas BMHP dan fasilitas lainnya untuk menunjang program PPI
- Penerapan Bundles yang belum optimal dilakukan oleh petugas

g. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan HAIs, beberapa solusi yang dapat diimplementasikan adalah:

1. Peningkatan Kepatuhan PPI
2. Optimalisasi Sumber Daya
3. Edukasi dan Pelatihan Berkesinambungan
4. Penguatan Sistem Surveilans
5. Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
6. Perbaikan Lingkungan Fisik
7. Manajemen Beban Kerja

h. Rencana Tindak Lanjut : Mengkomunikasikan dengan unit terkait tentang penerapan bundles dimana jika bundles dilakukan secara standar dapat meminimalkan angka kejadian HAIs .

i. Strategi : Melakukan resosialisasi pada petugas terkait penerapan bundles HAIs

Lebih meningkatkan pengawasan terhadap petugas yang memberikan pelayanan

j. Anggaran : Rp 285.747.727.000,-

k. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

Keberhasilan penurunan angka HAIs sangat bergantung pada program yang terintegrasi dan didukung oleh komitmen manajemen. Beberapa program kunci yang menunjang keberhasilan:

1. Program Peningkatan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)
 2. Program Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang Tepat
 3. Program Sterilisasi dan Disinfeksi Alat Medis
 4. Program Surveilans HAIs Berbasis Data
 5. Program Pengendalian Lingkungan
 6. Program Edukasi Pasien dan Keluarga
 7. Program Antimicrobial Stewardship (AMS) / Pengendalian Resistensi Antimikroba
 8. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
- l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 7 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja Dua Tahun Sebelumnya

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2023 s.d. 2025 terlihat pada Tabel 3.31 berikut ini :

Tabel 3.31 Perbandingan Realisasi IKU 7 tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	-	-	VAP: 2,04‰, IADP:0,55‰, Phlebitis: 0,02‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55‰

- m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 7 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU Tahun 2023 s.d. 2025 dalam tabel 3.32 berikut ini :

Tabel 3.32 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 7 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	VAP: 2,04‰, IADP:0,55‰, Phlebitis: 0,02‰, ISK: 0,26‰, HAP:0,55‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰

7. Persentase Standar Klinis yang Tercapai

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi Capaian IKU 8

Tabel 3.33 Perbandingan antara Target dengan Realisasi Capaian IKU 8

N	Nama IKU	Targ	Realisa	Kiner
8	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	85,00%	106,25 %

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten. Persentase standar klinis yang tercapai

- c. Definisi IKU

Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Untuk RS umum, RS memilih minimal satu layanan unggulan untuk diukur indikator standar klinisnya.

Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut:

- Layanan Stroke
- Layanan Kanker
- Layanan Jantung
- Layanan Uronefrologi
- Layanan Kesehatan Ibu dan Anak
- Layanan Respirasi

- Layanan Diabetes Mellitus
- Layanan Gastrohepatologi
- Layanan Kesehatan Jiwa
- Layanan PINERE
- Layanan Mata
- Layanan Ortopedi

d. Formula IKU

$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = (\text{Jumlah Indikator Tercapai}) / (\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS}) \times 100\%$

e. Realisasi IKU sebesar 85,00%

f. Permasalahan:

- Hasil pemeriksaan kultur darah lama (7 hari)
- pengurusan acc antibiotik lama (vancomycin, tigecyclin)
- Keterbatasan alat venti mode HFO untuk BBLSR terbatas (jumlah 4 buah)
- Pasien rujukan dari BKM, datang dengan kondisi sudah berat (syok, hemodinamik tidak stabil + Acute abdomen)
- Beberapa standar klinis belum mempunyai pengumpul data yg tepat
- Masih kurangnya keterlibatan KSM dalam pengumpul data

g. Solusi untuk Peningkatan Standar Klinis

Untuk mengatasi permasalahan di atas, diperlukan pendekatan komprehensif yang mencakup beberapa solusi strategis:

- Penyusunan dan Sosialisasi SOP yang Jelas dan Terukur
- Program Pelatihan dan Pengembangan Berkelanjutan
- Optimalisasi Sumber Daya
- Peningkatan Sistem Dokumentasi Elektronik
- Membangun Budaya Keselamatan Pasien dan Kualitas
- Pengawasan dan Audit Internal yang Rutin

h. Rencana Tindak Lanjut

- Menetapkan waktu tanggap hasil lab kritis
- Update antibiotik agar terdata pada PPK sehingga tidak perlu menunggu acc
- Menghitung jumlah kebutuhan alat Venti mode HFO

- Penekanan kembali pada RS Perujuk mengenai kondisi pasien saat dirujuk
- Menunjuk pengumpul data definitif
- Meningkatkan partisipasi KSM dalam mengumpulkan data demi peningkatan mutu dan perbaikan layanan

i. Saran :

- Monev berkala capaian waktu tanggap lab kritis
- Update PPK
- Penyediaan sarpras
- Koordinasi rutin dengan RS perujuk
- Koordinasi ulang dengan Komite Mutu
- Menunjuk PIC dari KSM yang bertanggungjawab mengumpulkan data rutin

j. Anggaran : Rp 50.000.000.000,-

k. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja

Beberapa program dapat secara signifikan menunjang keberhasilan pencapaian kinerja persentase standar klinis:

- Program Peningkatan Keselamatan Pasien
- Program Edukasi dan Pelatihan Berkelanjutan (Continuing Medical Education/CME)
- Sistem Manajemen Kualitas Terintegrasi (ISO 9001, JCI, Akreditasi Kemenkes)
- Program Audit Klinis Internal dan Eksternal
- Sistem Insentif dan Penghargaan Kinerja
- Meningkatkan mutu layanan unggulan

l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 8 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 8 Tahun 2023 s.d. 2025 Tabel 3.34 berikut ini :

Tabel 3.34 Perbandingan Realisasi IKU 8 tahun 2023 s.d. 2025

Nama IKU	Realisasi Tahun 2023	Realisasi Tahun 2024	Realisasi Tahun 2025
Persentase Standar Klinis yang Tercapai	-	-	85,00%

m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 8 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam tabel 3.35 berikut ini :

Tabel 3.35 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 8 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Persentase Standar Klinis	80%	80%	85,00%	80%

8. P

Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Tabel 3.36 Sasaran Strategis 8

Sasaran Strategis 8						
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
9	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%	25%	7%	7,79%	31,16%

a. Perbandingan antara target dengan Realisasi dan Capaian IKU 9

Tabel 3.37 Perbandingan antara target dengan Realisasi dan Capaian IKU9

No	Nama IKU	Targ	Realisa	Kine
9	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%	7,79%	31,16 %

b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan. Meningkatkan pendapatan Non-JKN

c. Definisi IKU

- 1) 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).
 - 2) Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.
 - 3) Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.
 - 4) Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022
- d. Realisasi IKU sebesar : 7,79%
- e. Permasalahan:
- 1) Struktur Tarif & Paket Layanan Kurang Kompetitif
 - Tarif layanan non-JKN mungkin terlalu tinggi tanpa nilai tambah yang jelas (misal: pelayanan cepat, fasilitas eksklusif).
 - Tidak ada paket layanan unggulan (seperti executive health check-up, layanan konsultasi premium, dll).
 - 2) Promosi & Pemasaran Layanan Non-JKN Terkendala Birokrasi
 - Tidak bisa mem berikan Fee khusus Marketing Pihak yang berkerja sama
 - 3) SDM, fasilitas, belum benar-benar terpisah untuk pasien non-JKN.
- f. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan di atas, berikut adalah beberapa solusi yang dapat diterapkan:

1. Diversifikasi Layanan Unggulan
2. Peningkatan Kualitas dan Pengalaman Pasien
3. Penyesuaian Struktur Harga yang Kompetitif
4. Optimalisasi Manajemen Klaim dan Penagihan
5. Peningkatan Kompetensi SDM

Untuk meningkatkan persentase pendapatan non-JKN, rumah sakit perlu melakukan diversifikasi sumber pendapatan dan mengoptimalkan layanan yang ada:

- 1) **Pengembangan Layanan Unggulan:** Identifikasi dan kembangkan layanan unggulan yang memiliki potensi pasar non-JKN tinggi, seperti:
 - a) Pusat pelayanan spesialisik
 - b) Layanan medis estetika
 - c) Medical check-up komprehensif
 - d) Wisata medis (medical tourism)
- 2) **Optimalisasi Layanan Rawat Jalan dan Rawat Inap Non-JKN:**
 - a) Paket layanan premium
 - b) Kerja sama dengan asuransi swasta
 - c) Klinik eksekutif
- 3) **Diversifikasi Sumber Pendapatan Lain:**
 - a) Pendidikan dan pelatihan
 - b) Penelitian dan pengembangan
 - c) Penyewaan fasilitas
 - d) Toko obat/alat kesehatan
 - e) Layanan penunjang medis

Peningkatan Pemasaran dan Branding: Promosikan layanan unggulan dan fasilitas rumah sakit secara efektif kepada segmen pasar non-JKN.

Peningkatan Pengalaman Pasien: Pastikan pasien non-JKN mendapatkan pelayanan prima, mulai dari pendaftaran hingga purnalayanan, untuk membangun loyalitas.

- g. Rencana Tindak lanjut
 1. Lakukan Analisis Mendalam (Root Cause Analysis)
 - Bandingkan data historis: berapa jumlah pasien non-JKN, jenis layanan yang paling banyak digunakan, dan kontribusi pendapatannya.
 - Survey kepuasan pasien non-JKN: apa yang mereka harapkan tapi belum terpenuhi
 2. Kembangkan Paket Traif Layanan Yang Lebih Kompetitif Bersama Tim Tarif RS
 3. Perkuat Kerja Sama Eksternal
 - Jalin kerja sama dengan: Perusahaan swasta untuk layanan kesehatan karyawan (non-JKN), Pusat Pendidikan dan Asuransi
- i. Strategi :

- Luncurkan beberapa tarif paket layanan terbanyak ,memperbanyak kerja sama dengan Rumah Sakit, Pusat Pendidikan dan perusahaan/asuransi
 - Optimalkan pemasaran digital (media sosial, website RS).
- h. Anggaran : Rp 8.677.668.000,-
- i. Analisis Program Penunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
- Beberapa program yang dapat menunjang keberhasilan pencapaian kinerja peningkatan pendapatan non-JKN:
- Program Layanan Unggulan (Center of Excellence
 - Program Customer Experience Enhancement
 - Program Digital Marketing dan Telemedicine.
 - Program Kemitraan Strategis
 - Program Pengembangan SDM
 - Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN

Beberapa program kunci dapat mendukung peningkatan pendapatan non-JKN:

- 1) Program Inovasi Layanan (Service Innovation Program)
- 2) Program Kemitraan Strategis (Strategic Partnership Program)
- 3) Program Peningkatan Pengalaman Pasien (Patient Experience Enhancement Program)
- 4) Program Pemasaran Digital dan Branding (Digital Marketing & Branding Program)
- 5) Program Pengembangan SDM Unggulan (Talent Development Program)

- j. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.38 berikut ini:

Tabel 23.38 Perbandingan Capaian IKU 9 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	25%
Realisasi	-	-	7,79%
Capaian	-	-	31,16%

- k. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.39 berikut ini:

Tabel 3.39 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 9 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian	Realisasi	
Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	25%	7,79%	20%

9. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Tabel 3.40 Sasaran Strategis 9

Sasaran Strategis 9 Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	Puas (76,61-88,3)	80,24	86,20	112,50 %
11	<i>Training Effectiveness Index</i>	70%	70%	-	83,66%	119,51 %

- a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 10

Tabel 3.41 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 10

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
1	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	86,20	112,50%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK.

Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif.

- c. Definisi IKU

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

Unsur Survei Kepuasan Pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:

- Unsur 1: Lingkungan kerja
- Unsur 2: Hubungan dengan atasan
- Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran
- Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier
- Unsur 5: Gaji dan kompensasi
- Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan
- Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit
- Unsur 8: Budaya rumah sakit

Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.

Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.

d. Formula IKU

Bobot nilai rata-rata tertimbang = (1)/ Jumlah Unsur)

Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai 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

e. Realisasi IKU sebesar : 86,2%

- Permasalahan : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan
- Solusi : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan
- Rencana Tindak Lanjut :
- Analisis terkait Capaian IKU

- Anggaran : Rp 306.614.369.000,-
- Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
- Analisis atas Pelaksanaan Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko yang Telah Disusun Dalam Pencapaian Kinerja

f. Permasalahan

Skor tingkat kepuasan pegawai yang rendah di rumah sakit dapat menjadi indikator berbagai permasalahan mendalam yang memengaruhi operasional dan kualitas pelayanan. Beberapa permasalahan umum meliputi:

- Beban Kerja Berlebihan:
- Komunikasi yang Buruk:
- Gaji dan Tunjangan yang Tidak Kompetitif:
- Kurangnya Kesempatan Pengembangan Karir:
- Lingkungan Kerja yang Tidak Mendukung:
- Manajemen yang Kurang Efektif:

g. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan di atas, diperlukan pendekatan holistik dan terstruktur:

1) Optimalisasi Beban Kerja:

- Rekrutmen dan Retensi yang Efektif: Pastikan jumlah staf yang memadai untuk beban kerja yang ada.
- Jadwal Kerja Fleksibel/Rotasi: Tawarkan opsi jadwal kerja yang lebih fleksibel atau rotasi tugas untuk mengurangi kebosanan dan kelelahan.
- Sistem Pendukung: Implementasikan teknologi atau sistem yang dapat mengurangi beban kerja administratif, seperti Electronic Health Records (EHR) yang efisien.

2) Peningkatan Komunikasi:

- Rapat Reguler dan Terbuka: Adakan rapat departemen dan manajemen secara rutin untuk menyampaikan informasi, mendengarkan masukan, dan membahas permasalahan.
- Saluran Komunikasi Formal dan Informal: Sediakan saluran komunikasi yang jelas, baik formal (misalnya, email, memo)

maupun informal (misalnya, kotak saran anonim, sesi kopi pagi dengan direktur).

- Pelatihan Komunikasi: Berikan pelatihan komunikasi yang efektif bagi semua level staf, terutama bagi para pemimpin tim.

3) Pengembangan Karir dan Pelatihan:

- Program Pelatihan Berkelanjutan: Sediakan pelatihan rutin untuk peningkatan keterampilan medis, teknis, dan soft skill.
- Jalur Karir yang Jelas: Tentukan jalur karir yang jelas bagi pegawai dan dukung mereka dalam mencapai tujuan tersebut.
- Program Mentoring: Pasangkan pegawai baru dengan mentor berpengalaman.

4) Perbaiki Lingkungan Kerja:

- Fasilitas dan Peralatan Modern: Pastikan ketersediaan peralatan yang memadai dan fasilitas yang nyaman dan aman.
- Budaya Kerja Positif: Promosikan budaya saling menghargai, kolaborasi, dan dukungan. Adakan kegiatan kebersamaan tim.
- Program Kesejahteraan Pegawai: Tawarkan program-program yang mendukung kesehatan mental dan fisik, seperti konseling, program yoga, atau diskon keanggotaan gym.
- Sistem Pengakuan dan Penghargaan: Berikan pengakuan atas kinerja yang baik, baik secara formal (misalnya, penghargaan pegawai terbaik) maupun informal (misalnya, pujian langsung).

5) Pengembangan Kepemimpinan:

- Pelatihan Kepemimpinan: Berikan pelatihan khusus bagi manajer dan kepala departemen mengenai kepemimpinan yang efektif, manajemen konflik, dan pembinaan tim.
- Evaluasi 360 Derajat: Lakukan evaluasi kinerja manajer yang melibatkan masukan dari bawahan untuk mengidentifikasi area perbaikan.

h. Rencana tindak lanjut

Berikut adalah contoh rencana tindak lanjut yang dapat diimplementasikan:

Tahap 1: Asesmen dan Perencanaan (Bulan 1-2)

- **Survei Kepuasan Pegawai Komprehensif:** Lakukan survei anonim secara menyeluruh untuk mengidentifikasi area permasalahan spesifik.

- **Fokus Grup Diskusi (FGD):** Adakan FGD dengan perwakilan dari berbagai departemen untuk mendapatkan wawasan lebih dalam.
- **Analisis Data:** Analisis hasil survei dan FGD untuk mengidentifikasi akar permasalahan dan prioritas.
- **Pembentukan Tim Proyek:** Bentuk tim lintas departemen yang bertanggung jawab untuk merancang dan mengimplementasikan solusi.
- **Penyusunan Rencana Aksi Detail:** Buat rencana aksi yang mencakup tujuan spesifik, indikator keberhasilan, penanggung jawab, jadwal, dan alokasi anggaran.

Tahap 2: Implementasi Solusi (Bulan 3-12)

- **Program Pelatihan:** Mulai pelatihan untuk peningkatan keterampilan dan kepemimpinan.
- **Revisi Kebijakan SDM:** Tinjau dan revisi kebijakan gaji, tunjangan, dan pengembangan karir.
- **Inisiatif Komunikasi:** Implementasikan sistem komunikasi baru (misalnya, papan pengumuman digital, sesi tanya jawab reguler dengan direksi).
- **Perbaikan Lingkungan Fisik:** Lakukan perbaikan kecil pada fasilitas dan pastikan ketersediaan peralatan yang memadai.
- **Program Kesejahteraan:** Perkenalkan program-program kesejahteraan pegawai.
- **Sistem Pengakuan:** Luncurkan program pengakuan dan penghargaan.

Tahap 3: Pemantauan dan Evaluasi (Setiap 6 Bulan)

- **Survei Ulang:** Lakukan survei kepuasan pegawai secara berkala (misalnya, setiap 6-12 bulan) untuk memantau kemajuan.
- **Evaluasi Program:** Evaluasi efektivitas setiap solusi yang diimplementasikan.
- **Penyesuaian:** Lakukan penyesuaian pada rencana aksi berdasarkan hasil evaluasi dan umpan balik yang berkelanjutan.

Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja

Keberhasilan pencapaian kinerja rumah sakit sangat bergantung pada kepuasan dan motivasi pegawainya. Program-program yang dapat menunjang hal ini meliputi:

Program Pengembangan Kompetensi dan Karir (Contoh: "Akademi Medis & Non-Medis Rumah Sakit"):

- **Deskripsi:** Serangkaian pelatihan, lokakarya, seminar, dan program sertifikasi yang disesuaikan dengan kebutuhan setiap departemen (medis, keperawatan, administrasi, penunjang medis). Termasuk juga program beasiswa untuk pendidikan lanjutan.
- **Manfaat Terhadap Kinerja:** Meningkatkan keterampilan dan pengetahuan pegawai, mengurangi kesalahan, meningkatkan efisiensi, dan mendorong inovasi dalam pelayanan. Pegawai merasa dihargai dan memiliki jalur karir yang jelas, yang pada gilirannya meningkatkan motivasi dan retensi.

Sistem Pengakuan dan Penghargaan (Contoh: "Pegawai Teladan Bulan Ini" atau "Inovator Pelayanan"):

- **Deskripsi:** Program formal dan informal untuk mengakui kontribusi luar biasa pegawai, baik individu maupun tim. Ini bisa berupa penghargaan finansial, sertifikat, promosi, atau bahkan hanya pengakuan publik.
- **Manfaat Terhadap Kinerja:** Mendorong budaya kerja positif, meningkatkan moral, memotivasi pegawai untuk berkinerja lebih baik, dan memperkuat loyalitas terhadap rumah sakit. Pegawai yang merasa dihargai cenderung lebih berkomitmen.

Program Kesejahteraan dan Kesehatan Mental (Contoh: "Sehat Jiwa Sehat Raga"):

- **Deskripsi:** Layanan konseling profesional, program manajemen stres, sesi yoga/meditasi, fasilitas gym, dan dukungan untuk gaya hidup sehat.
- **Manfaat Terhadap Kinerja:** Mengurangi tingkat burnout dan stres, meningkatkan fokus dan produktivitas, serta mengurangi tingkat absensi. Pegawai yang sehat secara fisik dan mental akan lebih mampu memberikan pelayanan terbaik.

Sistem Umpan Balik 360 Derajat dan Coaching untuk Pemimpin:

- **Deskripsi:** Evaluasi kinerja yang melibatkan umpan balik dari atasan, rekan kerja, dan bawahan, diikuti dengan sesi coaching bagi para pemimpin untuk mengembangkan keterampilan manajerial dan kepemimpinan.
- **Manfaat Terhadap Kinerja:** Meningkatkan kualitas kepemimpinan di semua tingkatan, menciptakan lingkungan kerja yang lebih adil dan transparan, serta membangun kepercayaan antara staf dan manajemen. Pemimpin yang efektif akan menginspirasi tim mereka untuk mencapai kinerja puncak.

i. Anggaran : Rp -

j. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2023 s.d. 2025 terlihat dalam Tabel 3.42 berikut ini:

Tabel 3.42 Perbandingan Capaian IKU 10 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-		Puas (76,61-88,3)
Realisasi	-	80,24	86,2
Capaian	-		112,52%

k. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.43 berikut ini:

Tabel 3.43 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 10 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian	Realisasi	
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai		Puas (76,61-88,3)	86,2	Puas (76,61-88,3)

11. Training Effectiveness Index (TEI)

a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 11

Tabel 3.44 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU
11

No	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian (%)
11	<i>Training Effectiveness Index</i>	70%	83,66%	119,51%

- b. Deskripsi Sasaran Strategis
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK. Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan
- c. Definisi IKU
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
- d. Formula IKU
TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit
- e. Realisasi IKU sebesar : 83,66%
- Solusi : target tercapai sehingga tidak ada permasalahan
 - Rencana Tindak Lanjut :
 - Analisis terkait Capaian IKU
 - Anggaran : Rp 27.118.886.000,-
 - Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
 - Analisis atas Pelaksanaan Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko yang Telah Disusun Dalam Pencapaian Kinerja
- f. Permasalahan :
Permasalahan yang dihadapi antara lain adalah kurangnya kepatuhan karyawan untuk upload data sertifikat, Faktor input data, Faktor pelatihan belum tercapai dan Proses Verifikasi JPL perlu ditentukan.
- g. Solusi :
Untuk mengatasi permasalahan di atas, diperlukan pendekatan yang holistik:

- 1) Analisis Kebutuhan Pelatihan (TNA) yang Komprehensif:
- 2) Desain Pelatihan yang Berpusat pada Peserta dan Berorientasi Hasil:
- 3) Implementasi Model Evaluasi Kirkpatrick yang Penuh:
- 4) Fasilitasi Transfer Pengetahuan dan Penerapan di Tempat Kerja:
- 5) Penggunaan Teknologi dalam Pelatihan (LMS, E-learning):
- 6) Keterlibatan Pemangku Kepentingan secara Aktif:
- 7) Pengukuran dan Pelaporan TEI yang Konsisten:

h. Rencana tindak lanjut

Berikut adalah rencana tindak lanjut untuk meningkatkan TEI:

Langkah	Deskripsi	Penanggung Jawab	Batas Waktu	Indikator Keberhasilan
1. Re-evaluasi TNA	Tinjau ulang proses Analisis Kebutuhan Pelatihan (TNA) yang ada. Lakukan survei kebutuhan dengan lebih mendalam kepada karyawan dan manajer.	Tim HRD & Manajer Lini	Q3 2025	Laporan TNA yang komprehensif disetujui manajemen.
2. Desain Ulang Kurikulum	Revisi kurikulum pelatihan berdasarkan hasil TNA, fokus pada keterampilan kritis dan relevansi dengan tujuan bisnis.	Spesialis Pelatihan & Subjek Matter Expert (SME)	Q4 2025	Kurikulum baru yang terintegrasi dengan tujuan bisnis.
3. Implementasi Evaluasi Kirkpatrick Level 3 & 4	Kembangkan instrumen evaluasi untuk mengukur perubahan perilaku (observasi, 360-degree feedback) dan dampak bisnis (KPIs).	Tim HRD & Departemen Terkait	Q1 2026	Minimal 3 program pelatihan dengan evaluasi Level 3 & 4 yang terimplementasi.
4. Program Coaching/Mentoring	Buat program coaching atau mentoring bagi peserta setelah pelatihan untuk mendukung penerapan di tempat kerja.	Manajer Lini & HRD	Q2 2026	Tingkat partisipasi dalam program coaching/mentoring > 70%.
5. Pelaporan TEI Terstruktur	Kembangkan dashboard TEI yang menampilkan metrik kunci dari Level 1 hingga Level 4, dan presentasikan secara rutin kepada manajemen.	Tim HRD & Analis Data	Q3 2026	Laporan TEI bulanan/kuartalan disajikan kepada manajemen.

Langkah	Deskripsi	Penanggung Jawab	Batas Waktu	Indikator Keberhasilan
6. Pelatihan Manajer	Berikan pelatihan kepada manajer tentang bagaimana mendukung transfer pengetahuan dan memberikan umpan balik yang konstruktif.	Tim HRD	Q4 2026	Peningkatan skor dukungan manajerial dalam survei pasca-pelatihan.
7. Integrasi Teknologi	Jelajahi dan implementasikan Learning Management System (LMS) atau platform e-learning untuk mempermudah akses dan pelacakan pelatihan.	IT & HRD	Q1 2027	LMS/platform e-learning terintegrasi dan digunakan secara aktif.

i. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja

Keberhasilan pencapaian kinerja melalui pelatihan sangat bergantung pada program yang menunjang. Berikut adalah analisis komponen program kunci:

- 1) Program Berbasis Kompetensi:
- 2) Pelatihan Blended Learning:
- 3) Program Coaching dan Mentoring:
- 4) Program On-the-Job Training (OJT) Terstruktur:
- 5) Program Pengembangan Kepemimpinan (Leadership Development Programs):
- 6) Penggunaan Teknologi Pembelajaran (LMS, Gamifikasi, VR/AR):
- 7) Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi

Program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja, khususnya yang berdampak pada peningkatan TEI, harus memiliki karakteristik berikut:

- 1) **Berbasis Kompetensi:** Pelatihan harus dirancang untuk mengembangkan kompetensi spesifik yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan kinerja. Ini berarti fokus pada pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang terukur.
- 2) **Terintegrasi dengan Strategi Bisnis:** Setiap program pelatihan harus jelas kontribusinya terhadap pencapaian tujuan strategis

organisasi. Ini membantu memastikan relevansi dan mendapatkan dukungan dari manajemen.

- 3) **Fleksibel dan Dapat Diadaptasi:** Program harus mampu beradaptasi dengan perubahan kebutuhan bisnis dan preferensi belajar individu. Ini bisa berarti kombinasi pelatihan tatap muka, e-learning, microlearning, dll.
- 4) **Berfokus pada Pembelajaran Berkelanjutan:** Bukan hanya pelatihan "sekali jadi", melainkan bagian dari ekosistem pembelajaran yang mendorong pengembangan berkelanjutan melalui mentoring, coaching, komunitas praktik, dan akses ke sumber daya pembelajaran.
- 5) **Didukung oleh Teknologi:** Penggunaan Learning Management System (LMS), platform e-learning, dan alat kolaborasi dapat meningkatkan jangkauan, efisiensi, dan pelacakan program.
- 6) **Memiliki Mekanisme Umpan Balik dan Evaluasi yang Kuat:** Ini memungkinkan perbaikan program secara berkelanjutan dan menunjukkan nilai investasi pelatihan.
- 7) **Promosi Budaya Belajar:** Organisasi harus secara aktif mempromosikan budaya di mana pembelajaran dianggap sebagai investasi, bukan biaya, dan di mana karyawan didorong untuk terus belajar dan tumbuh.
- 8) **Program Pengakuan dan Penghargaan:** Memberikan pengakuan atau penghargaan kepada karyawan yang berhasil menerapkan pembelajaran dan meningkatkan kinerja dapat memotivasi peserta.

j. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2023 s.d. 2025 Tabel 3.45 berikut ini:

Tabel 3.45 Perbandingan Capaian IKU 11 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	70%
Realisasi	-	-	83,66%
Capaian	-	-	119,51%

k. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.46 berikut ini:

Tabel 3.46 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 11 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
<i>Training Effectiveness Index</i>	70%	70%	83,66%	77,5%

12. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

Tabel 3.47 Sasaran Strategis 10

Sasaran Strategis 10 Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
12	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	10%	9%	6,55%	50%

a. Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 12

Tabel 3.3.48 Perbandingan antara Target dengan Realisasi dan Capaian IKU 12

N	Nama IKU	Targ	Realisa	Kine
12	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	6,55%	65,50 %

b. Deskripsi Sasaran Strategis

Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal. Meningkatkan efisiensi biaya

c. Definisi IKU

EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyesuaian piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit.

- 1) Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).
- 2) Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT.
- 3) Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022.
- 4) Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022.

d. Formula IKU

$(EBITDA \div \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$

e. Realisasi IKU sebesar 5%

Kegiatan pembinaan yang dilakukan berupa monitoring dan visitasi layanan, proctorship, ECHO dan webinar. Bukan berarti RS yang dibina telah mencapai strata yang ditargetkan karena untuk mencapai strata tidak ada wewenang di RS Pengampu.

DO perlu ditinjau ulang.

f. Permasalahan : Beban masih terlalu tinggi

g. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan EBITDA Margin, diperlukan pendekatan yang komprehensif dan terencana. Beberapa solusi yang dapat diterapkan meliputi:

Optimalisasi Biaya:

- 1) **Negosiasi Ulang dengan Pemasok:** Dapatkan harga bahan baku atau jasa yang lebih kompetitif.
- 2) **Efisiensi Energi:** Implementasi teknologi hemat energi atau praktik operasional yang lebih ramah lingkungan.
- 3) **Pengelolaan Tenaga Kerja:** Optimalisasi jumlah karyawan, pelatihan untuk peningkatan produktivitas, atau otomatisasi proses yang repetitif. Review Biaya Overhead: Identifikasi dan eliminasi pengeluaran yang tidak perlu.

Peningkatan Pendapatan:

- 1) **Strategi Harga yang Tepat:** Penyesuaian harga berdasarkan nilai produk/layanan, posisi pasar, dan daya beli konsumen.
- 2) **Ekspansi Pasar:** Memasuki segmen pasar baru atau area geografis baru.
- 3) **Pengembangan Produk/Layanan Baru:** Diversifikasi penawaran untuk menarik lebih banyak pelanggan.
- 4) **Peningkatan Volume Penjualan:** Melalui strategi pemasaran yang lebih efektif, peningkatan kualitas layanan pelanggan, atau program loyalitas.

Peningkatan Efisiensi Operasional:

- 1) **Lean Management:** Eliminasi pemborosan dalam setiap tahapan proses.
- 2) **Otomatisasi dan Digitalisasi:** Mengurangi ketergantungan pada tenaga kerja manual dan mempercepat proses.
- 3) **Reorganisasi Proses Bisnis:** Perampingan alur kerja, integrasi sistem, dan peningkatan komunikasi antar departemen.
- 4) **Pengelolaan Persediaan Just-in-Time (JIT):** Mengurangi biaya penyimpanan dan risiko obsolesensi.

Analisis Profitabilitas Produk/Layanan: Identifikasi produk atau layanan yang paling menguntungkan dan alokasikan sumber daya lebih banyak untuk itu, sambil mengevaluasi ulang atau menghentikan yang kurang menguntungkan.

Solusi harus difokuskan pada peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya.

- 1) Peningkatan Pendapatan:
- 2) Optimasi Tarif Layanan:
- 3) Peningkatan Volume Pasien:
 - Pemasaran dan Branding: Membangun citra rumah sakit yang unggul, promosi layanan unggulan, kerjasama dengan klinik/dokter rujukan.
 - Pengembangan Layanan Unggulan: Fokus pada spesialisasi yang memiliki permintaan tinggi dan margin tinggi (misalnya, kardiologi, onkologi, bedah minimal invasif).
 - Peningkatan Kualitas Pelayanan: Memberikan pengalaman pasien yang positif, mengurangi waktu tunggu, meningkatkan keramahan staf.

- Pengembangan Telemedicine/Layanan Digital: Memperluas jangkauan layanan dan kenyamanan pasien.
 - 4) Manajemen Piutang yang Efektif:
 - 5) Diversifikasi Pendapatan Non-Medis:
- h. Rencana tindak lanjut :
 - Pengendalian beban (efisiensi)
 - Penerapan Tarif Paket Standar
- i. Strategi : Meningkatkan Pendapatan
- j. Anggaran : Rp 818.151.000,-
- k. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja Keberhasilan pencapaian EBITDA Margin sangat bergantung pada program-program yang mendukung. Beberapa program kunci meliputi:
 - 1) Program Pengurangan Biaya (Cost Reduction Program):
 - 2) Program Peningkatan Produktivitas (Productivity Improvement Program):
 - 3) Program Inovasi Produk/Layanan (Product/Service Innovation Program):
 - 4) Program Peningkatan Efektivitas Penjualan dan Pemasaran (Sales & Marketing Effectiveness Program):
 - 5) Program Pengelolaan Rantai Pasok (Supply Chain Management Program)
 - 6) Meningkatkan efisiensi keuangan RSV
 - 7) Memperkuat cadangan modal strategis
 - 8) Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan

Beberapa program kunci yang dapat menunjang keberhasilan:

 - 1) Program Efisiensi Biaya (Cost Containment Program):
 - 2) Program Peningkatan Produktivitas Staf (Staff Productivity Enhancement Program):
 - 3) Program Optimalisasi Pendapatan (Revenue Optimization Program):
 - 4) Program Pengelolaan Inventaris Terintegrasi (Integrated Inventory Management Program):
 - 5) Program Digitalisasi dan Automasi (Digitalization & Automation Program):
- l. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.49 berikut:

Tabel 3.49 Perbandingan Capaian IKU 12 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	10%
Realisasi	-	-	6,55%
Capaian	-	-	65,50%

m. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.50 berikut ini:

Tabel 3.50 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 12 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	10%	6,55%	15%

13. Nilai Kinerja Penganggaran

Tabel 3.52 Sasaran Strategis 11

Sasaran Strategis 11						
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2024	Realisasi 2025	Capaian 2025 (%)
13	Nilai Kinerja Penganggaran	92,35	92,35		96,14	104,10%
14	Realisasi Anggaran	96%	96%		98,64%	102,75%

- a. Deskripsi Sasaran Strategis
- b. Definisi IKU
- c. Formula IKU
- d. Realisasi IKU sebesar

- e. Permasalahan :
- f. Solusi :
- g. Rencana Tindak Lanjut :
- h. Analisis terkait Capaian IKU
- i. Anggaran : Rp -
- j. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
- k. Analisis atas Pelaksanaan Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko yang Telah Disusun Dalam Pencapaian Kinerja
- l. Permasalahan; Tidak ada Permasalahan
- l. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan di atas, beberapa solusi yang dapat diterapkan meliputi:

- 1) Penguatan Perencanaan:
- 2) Optimalisasi Realisasi Anggaran:
- 3) Peningkatan Evaluasi dan Monitoring:
- 4) Peningkatan Kapasitas SDM:
- 5) Penyederhanaan Regulasi:

m. Rencana tindak lanjut

Berikut adalah contoh rencana tindak lanjut yang dapat diimplementasikan:

1) **Jangka Pendek (1-3 bulan):**

- **Identifikasi Penyebab Rendahnya NKO:** Melakukan *desk review* data NKO periode sebelumnya dan wawancara dengan unit terkait.
- **Penyusunan Rencana Aksi:** Menyusun rencana aksi yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART) untuk setiap permasalahan yang teridentifikasi.
- **Sosialisasi dan Bimbingan Teknis:** Mengadakan sosialisasi regulasi penganggaran terbaru dan bimbingan teknis percepatan realisasi anggaran kepada seluruh unit pelaksana.
- **Pembentukan Tim Efektif:** Membentuk tim khusus untuk memonitor dan mempercepat proses pengadaan serta penyerapan anggaran.

2) **Jangka Menengah (3-6 bulan):**

- **Implementasi Sistem Monitoring Online:** Mengembangkan atau mengoptimalkan sistem monitoring anggaran berbasis web/aplikasi untuk pelaporan *real-time*.
- **Evaluasi Triwulanan:** Melakukan evaluasi kinerja penganggaran setiap triwulan dan menindaklanjuti temuan evaluasi.
- **Program Peningkatan Kompetensi:** Mengadakan pelatihan lanjutan bagi pengelola keuangan dan pelaksana kegiatan.

3) **Jangka Panjang (6-12 bulan):**

- **Penyempurnaan Prosedur Perencanaan:** Menyusun panduan perencanaan anggaran yang lebih detail dan terintegrasi dengan rencana strategis.
- **Integrasi Sistem:** Mengintegrasikan sistem perencanaan, penganggaran, dan pelaporan untuk meminimalisir kesalahan dan meningkatkan efisiensi.
- **Review Kebijakan Internal:** Melakukan *review* terhadap kebijakan internal terkait penganggaran dan mengusulkan penyempurnaan jika diperlukan.

n. Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja Beberapa program kunci yang dapat menunjang keberhasilan pencapaian NKO adalah:

1. Program Peningkatan Kualitas Perencanaan Anggaran:
2. Program Percepatan Realisasi Belanja:
3. Program Peningkatan Kapasitas Pengelola Keuangan:
4. Program Sistem Informasi Manajemen Anggaran Terintegrasi:

o. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2023 s.d. 2025

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.52 berikut ini:

Tabel 3.53 Perbandingan Capaian IKU 13 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	92,35
Realisasi	-	-	96,14
Capaian	-	-	104,10%

- p. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.53 berikut ini:

Tabel 3.54 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 13 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Nilai Kinerja Penganggaran	-	92,35	96,14	-

- q. Analisis dan Penjelasan Kenaikan/Penurunan Pertumbuhan

- r. Kendala

Realisasi Indikator Waktu tanggap operasi SC *Emergency* < 30 menit sebenarnya sudah mencapai di atas ketentuan/target yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, masih diidentifikasi beberapa kendala sebagai berikut :

- s. Upaya Solusi

- t. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

14. Realisasi Anggaran

- a. Deskripsi Sasaran Strategis
- b. Definisi IKU
- c. Formula IKU
- d. Realisasi IKU sebesar : 98,64%
- e. Permasalahan : Pagu Anggaran masih terbatas
- f. Solusi : Revisi Anggaran
- g. Rencana Tindak Lanjut : Setelah Pagu Anggaran terbit, segera melakukan pengesahan belanja ke KPPN
- h. Analisis terkait Capaian IKU
- i. Anggaran : Rp
- j. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
- k. Analisis atas Pelaksanaan Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko yang Telah Disusun Dalam Pencapaian Kinerja
- l. Permasalahan : Pagu belanja Farmasi tidak mencukupi untuk pembayaran kewajiban kepada pihak ke 3

j. Solusi

Untuk mengatasi permasalahan di atas, beberapa solusi yang dapat diterapkan antara lain:

- 1) Peningkatan Akurasi Perencanaan:
- 2) Penyederhanaan Proses Pengadaan:
- 3) Penguatan Koordinasi dan Komunikasi:
- 4) Penyederhanaan Regulasi dan Birokrasi:
- 5) Peningkatan Kapasitas SDM:
- 6) Penguatan Sistem Monitoring dan Evaluasi:

k. Rencana tindak lanjut

Koordinasi dengan stakeholder terkait

l. Strategi

Optimalisasi Peningkatan Pendapatan & melakukan revisi anggaran terkait kekurangan pagu belanja

m. Analisis mitigasi risiko

Mitigasi risiko adalah langkah penting untuk mengantisipasi dan mengurangi dampak negatif dari potensi masalah.

No.	Risiko Potensial	Dampak Potensial	Probabilitas	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi	Penanggung Jawab
1.	Perubahan kebijakan/regulasi pemerintah yang mendadak	Perluasan proses adaptasi, penundaan pencairan anggaran, ketidaksesuaian program	Sedang	Sedang	- Membangun komunikasi proaktif dengan lembaga terkait - Memiliki dana cadangan darurat untukantisipasi	Kepala Bagian Hukum & Perencanaan
2.	Keterlambatan pembayaran dari pihak ketiga/mitra	Gangguan arus kas, penundaan pelaksanaan kegiatan, denda keterlambatan	Rendah	Rendah	- Perjanjian kontrak yang jelas dan ketat - Verifikasi kredibilitas mitra sebelum kerjasama	Kepala Bagian Keuangan
3.	Bencana alam/kejadian tak terduga	Kerusakan aset, gangguan operasional, realokasi anggaran mendadak	Rendah	Tinggi	- Asuransi aset - Dana darurat/kontingensi - Rencana keberlangsungan bisnis (BCP)	Kepala Bagian Umum & Perencanaan
4.	Inflasi atau fluktuasi harga bahan baku/jasa	Peningkatan biaya proyek, pengurangan volume output yang	Sedang	Sedang	- Melakukan survei harga pasar secara berkala - Menggunakan	Kepala Bagian Pengadaan & Perencanaan

No.	Risiko Potensial	Dampak Potensial	Probabilitas	Tingkat Risiko	Rencana Mitigasi	Penanggung Jawab
		direncanakan			kontrak harga tetap jika memungkinkan - Fleksibilitas dalam anggaran	
5.	Pergantian SDM kunci (staf pengelola anggaran)	Kurangnya kesinambungan pekerjaan, kesalahan administrasi, penundaan proses	Sedang	Sedang	- Dokumentasi SOP yang lengkap - Program mentoring dan transfer pengetahuan - Rotasi kerja untuk diversifikasi keahlian	Kepala Bagian SDM
6.	Serangan siber/kegagalan sistem informasi	Kehilangan data, gangguan operasional sistem anggaran, kebocoran informasi	Rendah	Tinggi	- Backup data rutin - Keamanan siber yang kuat - Rencana pemulihan bencana IT (DRP)	Kepala Bagian TI
7.	Fraud/ penyalahgunaan anggaran	Kerugian finansial, kerusakan reputasi, sanksi hukum	Rendah	Tinggi	- Sistem kontrol internal yang kuat - Audit forensik berkala - Saluran pengaduan (whistleblowing system)	Kepala Satuan Pengawas Internal

n. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2023 s.d. 2025
Perbandingan Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2025 dengan Realisasi Kinerja dua tahun sebelumnya terlihat dalam Tabel 3.54 berikut ini:

Tabel 3.55 Perbandingan Capaian IKU 14 Tahun 2023 s.d. 2025

Tahun	2023	2024	2025
Target	-	-	96%
Realisasi	-	-	98,64%
Capaian	-	-	102,75%

o. Perbandingan antara Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Perbandingan Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah terlihat dalam Tabel 3.55 berikut ini:

Tabel 3.55 Perbandingan Realisasi Capaian IKU 14 Tahun 2025 dengan Target Jangka Menengah

Nama Indikator Kinerja Utama (IKU)	Target RSB	Kinerja 2025		Target Jangka Menengah
		Target Perjanjian Kinerja	Realisasi	
Realisasi Anggaran	-	96%	98,64 %	102,75 %

6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

a. Efisiensi Sumber Daya Manusia

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

Data ketenagaan di RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 terdiri dari Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang sebanyak 2.641 orang per tanggal 31 Desember 2025 dapat dilihat pada Tabel 3.57 dengan perincian sebagai berikut:

Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan Pendidikan

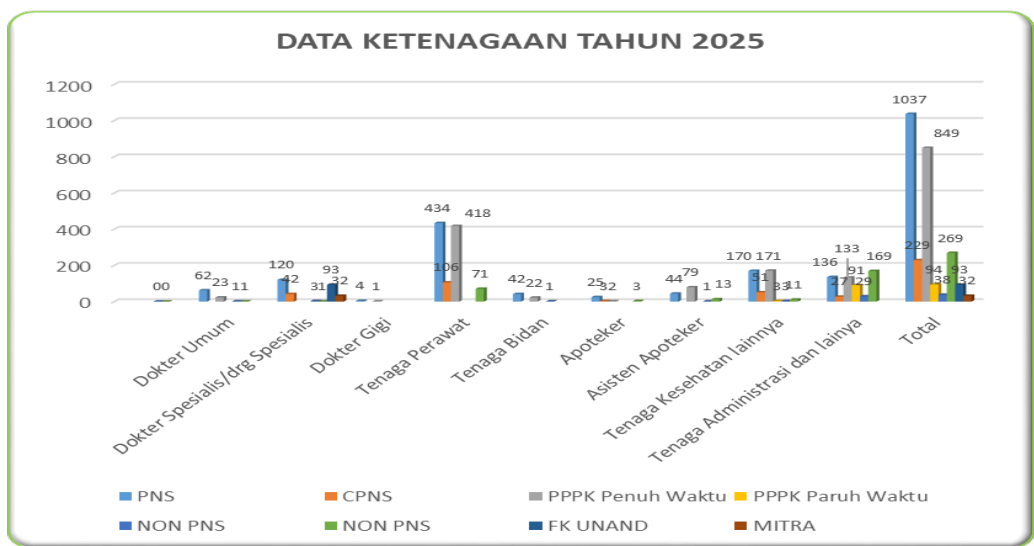
Tabel 3.57 Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025

No	Jenis Tenaga	PNS	CPNS	PPPK Penuh Wakt	PPPK Paruh Wakt	NON PNS		FK UNAN D	MITR A	Sub Total
						Tetap	Kontrak			

				u	u					
1	Dokter Umum	62		23		1	1			87
2	Dokter Spesialis/drg Spesialis	120	42			3	1	93	32	291
3	Dokter Gigi	4		1						5
4	Tenaga Perawat	434	106	418			71			1029
5	Tenaga Bidan	42		22		1				65
6	Apoteker	25	3	2			3			33
7	Asisten Apoteker	44		79		1	13			137
8	Tenaga Kesehatan lainnya	170	51	171	3	3	11			409
9	Tenaga Administrasi dan lainnya	136	27	133	91	29	169			585
Total		1037	229	849	94	38	269	93	32	2641
Total Non PNS						307				
Total Jumlah		2641								

(Sumber : Data dari Bagian SDM RSUP Dr. M. Djamil Padang Per Desember 2025)

Grafik 3.2 Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang



Dalam melakukan efisiensi sumber daya manusia di RSUP Dr. M. Djamil Padang yaitu dengan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensi spesifikasi pada setiap unit kerja sehingga akan terwujud struktur yang miskin akan tetapi kaya akan fungsi yang dapat mengoptimalkan SDM yang ada. Mengingat masih terdapatnya SDM yang tidak sesuai dengan spesifikasi kompetensi yang

dibutuhkan pada suatu unit, hal tersebut akan berdampak pada pelayanan yang diberikan menjadi tidak optimal. Untuk mengatasi hal tersebut maka perlu disusunnya perencanaan dengan spesifikasi kompetensi SDM yang sesuai dengan kebutuhan unit kerja. Perencanaan yang baik dalam menentukan jumlah SDM yang akan dilakukan rekrutmen berdasarkan posisi, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan. Selain itu perencanaan SDM yang ada di RSUP Dr. M. Djamil Padang berdasarkan kepada beban kerja yang ada pada setiap unit.

Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang CPNS, Non PNS, dan pensiunan:

- a. Pegawai CPNS RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2025 sebanyak 229 orang.
- b. Pegawai PNS RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 sebanyak 1.037 orang
- c. Pegawai PPPK Penuh Waktu RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 sebanyak 849 orang.
- d. Pegawai PPPK Paruh Waktu RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 sebanyak 94 orang.
- e. Non-PNS Tetap RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 sebanyak 38 orang.
- f. Pegawai Kontrak RSUP Dr. M. Djamil Padang pada Tahun 2025 sebanyak 269 orang.
- g. Pegawai FK Unand pada Tahun 2025 sebanyak 93 orang.
- h. Pegawai Mitra pada Tahun 2025 sebanyak 32 orang.
- i. Pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang yang pensiun selama Tahun 2025 sebanyak 43 orang.

Berdasarkan jumlah pegawai RSUP Dr. M. Djamil Padang awal Tahun 2025 sebanyak 2.641 orang, terdapat penambahan dan pengurangan jumlah pegawai selama tahun 2025 dikarenakan penambahan pengadaan kebutuhan SDM PPPK dan pengurangan karena pegawai pensiun, dan meninggal dunia, sehingga pada Tahun 2025 jumlah pegawai di RSUP Dr. M. Djamil Padang berjumlah 2.641 orang.

b. Sumber Daya Anggaran dan Efisiensi

Realisasi penyerapan terhadap pagu dalam periode Tahun 2025 sebagaimana terlihat dalam tabel 3.57 dibawah ini.

Tabel 3.57 Realisasi Penyerapan Anggaran Tahun 2025

Uraian	31 Desember 2025		% Realisasi terhadap Anggaran	TA 2024
	Anggaran	Realisasi		Realisasi
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	Rp 885.750.000.000	Rp 919.706.479.135	103,83%	Rp821.495.294.810
Jumlah Pendapatan	Rp 885.750.000.000	Rp 919.706.479.135	103,83%	Rp821.495.294.810
Belanja				
Belanja Pegawai	Rp 134.768.181.000	Rp 130.306.496.288	96,69%	Rp 126.663.808.572
Belanja Barang	Rp 847.766.567.000	Rp 841.050.963.262	99,21%	Rp 791.347.574.713
Belanja Modal	Rp 48.197.442.000	Rp 45.356.723.821	94,11%	Rp 20.922.382.349
Jumlah Belanja	Rp1.030.732.190.000	Rp1.016.714.183.371	98,64%	Rp 938.933.765.634

(Sumber : Laporan LRA Tahun 2025 dan LRA LK Audited Tahun 2024)

Tabel di atas menjelaskan realisasi anggaran di Tahun 2025 dan membandingkan antara PAGU dalam DIPA TA 2025 dengan realisasinya yang mencakup unsur-unsur Pendapatan Negara dan realisasi Belanja Negara selama Tahun Anggaran 2025 (1 Januari s.d. 31 Desember 2025).

Realisasi pendapatan Tahun Anggaran (TA) 2025 sebesar Rp. 919.706.479.135 atau 103,83% dari estimasi pendapatan sebesar Rp. 885.750.000.000,- lebih tinggi sebesar 11,96%, bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2024 yaitu Rp. 821.495.294.810,-, sehingga pendapatan naik sebesar 11,96%. Capaian tersebut sudah mencapai target tahun 2025, dan RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang diamanatkan. Realisasi belanja TA 2025 sebesar Rp. 1.016.714.183.371,- dari anggaran dalam DIPA sebesar Rp. 1.030.732.190.000,- atau 98,64%.

Kenaikan pendapatan ini didorong oleh utilisasi aset yang sangat tinggi, terlihat dari *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang mencapai 80,58%, melampaui target 70%. Tingkat hunian yang tinggi ini berkorelasi langsung dengan volume layanan dan pendapatan operasional netto. Meskipun pendapatan tumbuh hampir 12%, kontribusi dari sektor Non-JKN baru mencapai 7,79%, masih di bawah target 10%. Ini menunjukkan bahwa pertumbuhan kita masih sangat bergantung pada volume pasien JKN, yang memiliki margin lebih tipis dibandingkan pasien asuransi swasta atau umum. Pendapatan yang naik Rp. 98 Miliar ini belum sepenuhnya optimal dalam menghasilkan laba. Realisasi EBITDA Margin kita berada di angka 6,55%, sementara target strategis adalah 10%. Artinya, pertumbuhan pendapatan diikuti oleh kenaikan biaya operasional yang cukup besar, sehingga efisiensi biaya

(*Cost Leadership*) harus menjadi fokus di tahun 2026. Dibandingkan dengan rata-rata rumah sakit setara di Cluster 2 yang hanya memiliki EBITDA margin 4,91%, rumah sakit kita berkinerja lebih baik. Pertumbuhan ini didukung oleh tata kelola keuangan yang akuntabel, di mana realisasi anggaran mencapai 98,64% dengan nilai kinerja penganggaran yang sangat tinggi, yaitu 96,14.

Adapun hambatan-hambatan yang terjadi antara lain:

- Penyusunan anggaran tidak memperhitungkan utang usaha atau pihak ketiga tahun sebelumnya
- sesuai Laporan Keuangan Tahun Anggaran
- Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
- Persetujuan anggaran sudah disetujui namun sampai menjelang akhir tahun kegiatan baru atau belum
- terlaksana.
- Pengelola anggaran mengusulkan persetujuan anggaran setelah kegiatan sudah dilaksanakan
- Usulan kegiatan tidak masuk dalam RUP Belanja Modal
- Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
- Fungsi pengelola anggaran belum berjalan secara efektif
- Belum ada alokasi anggaran untuk kegiatan diluar perencanaan (*emergency*) sehingga ada beberapa
- program dan layanan unggulan tidak dapat terealisasi terkait dengan ketersediaan dana tersebut.

Permasalahan dalam pelaksanaan operasional Rumah Sakit :

- Kebijakan tarif RS masih berupa tarif satuan layanan, akan diubah menjadi tarif paket secara bertahap dan belum direvisi.
- Mempertahankan Akreditasi Rumah Sakit International (JCI) membutuhkan biaya yang cukup besar.
- Masih adanya permasalahan dalam sistem klaim pembayaran sistem JKN, tarif JKN masih dibawah *unit cost*, kebijakan JKN berubah-ubah dan proses pembayarannya masih lambat, sehingga menyebabkan subsidi rumah sakit cukup besar tidak menutup biaya operasional layanan JKN.
- Integrasi sistem informasi rumah sakit yang masih perlu direalisasi cepat.

- Penerapan tarif berbasis unit cost belum dapat dilaksanakan sepenuhnya.

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian sebagai berikut :

- Penghapusan piutang; telah dilakukan kerjasama dengan KPKNL dalam pengelolaan piutang macet
- Penghapusan persediaan setiap tahun
- Meningkatkan efisiensi logistik dengan melaksanakan pelayanan logistik satu pintu melalui
- administrasi logistik

Adanya upaya-upaya perbaikan tata kelola keuangan antara lain sebagai berikut:

- Melakukan penertiban terhadap rekening menjadi terpusat;
- Melakukan perbaikan dan pembenahan terhadap Proses Bisnis dan Standar Operasional Prosedur
- (SOP) antara lain penertiban pola pencatatan keuangan yang dapat mengidentifikasi tambahan utang
- tahun sebelumnya;
- Melakukan upaya efisiensi belanja yang dapat menimbulkan utang Melakukan *update* tarif rumah
- sakit sebagai upaya meningkatkan daya saing RSUP Dr. M. Djamil Padang ;
- Renegosiasi dan menata kembali perhitungan bagi hasil Kerja Sama Operasional (KSO);
- Menata kembali kebijakan yang terkait belanja pegawai.

c. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara per 31 Desember 2025 adalah sebagai berikut:

a. Barang Milik Negara (BMN) INTRAKOMPTabel

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.961.389.431.464
Koreksi Tambah	: Rp	68.390.793.730
Koreksi Kurang	: Rp	37.160.980.872
Nilai BMN	: Rp	1.992.619.244.322
Akumulasi Penyusutan	: Rp	(1.179.925.404.944)
Nilai Buku per 31 Desember 2025	: Rp	812.693.839.378

b. Barang Milik Negara (BMN) EKSTRAKOMPTabel

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.384.490.931
Koreksi Tambah	: Rp	33.168.748
Koreksi Kurang	: Rp	66.560.796
Nilai BMN	: Rp	1.351.098.883
Akumulasi Penyusutan	: Rp	(1.246.090.839)
Nilai Buku per 31 Desember 2025	: Rp	105.008.044

c. Barang Milik Negara (BMN) Gabungan INTRAKOMPTabel dan EKSTRAKOMPTabel

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp	1.962.773.922.395
Koreksi Tambah	: Rp	68.423.962.478
Koreksi Kurang	: Rp	37.227.541.668
Nilai BMN	: Rp	1.993.970.343.205
Akumulasi Penyusutan	: Rp	(1.181.171.495.783)
Nilai Buku per 31 Desember 2025	: Rp	812.798.847.422

(Sumber Data SIMAK BMN Tahun 2025)

Tabel 3.58 Perkembangan Barang Milik Negara Tahun 2025

AKUN NERACA	Nilai BMN Periode Tahunan TA. 2025					
	Saldo awal (setelah koreksi)	Koreksi		Nilai BMN	Akumulasi Penyusutan	Nilai Buku 31-Dec-25
		Tambah	Kurang			
2	3	4	5	6=3+4-5	7	8=6-7
ASET TETAP	1.955.833.385.567	56.110.800.240	22.325.942.282	1.989.618.243.525	(1.178.509.580.327)	811.108.663.198
A.1 Tanah	224.822.024.000	-	4.029.250.000	220.792.774.000	-	220.792.774.000
A.2 Peralatan dan Mesin	1.214.815.535.908	56.110.800.240	18.197.922.282	1.252.728.413.866	(1.056.690.807.882)	196.037.605.984
A.3 Gedung dan Bangunan	494.168.648.346	-	-	494.168.648.346	(108.023.271.822)	386.145.376.524
A.4 Jalan, Irigasi Dan Jaringan	21.955.177.813	-	98.770.000	21.856.407.813	(13.795.500.623)	8.060.907.190
A.5 Aset tetap lainnya	71.999.500	-	-	71.999.500	-	71.999.500
A.6 Konstruksi Dalam Pengerjaan	-	-	-	-	-	-
ASET LAINNYA	5.556.045.897	12.279.993.490	14.835.038.590	3.001.000.797	(1.415.824.617)	1.585.176.180
B.1 Aset Lain-lain	2.566.641.100	12.279.993.490	14.835.038.590	11.596.000	(11.596.000)	-
B.2 Aset Tidak Berwujud	2.989.404.797	-	-	2.989.404.797	(1.404.228.617)	1.585.176.180
B.3 Kerjasama Pihak ketiga						
Total Intrakomptabel (A+B)	1.961.389.431.464	68.390.793.730	37.160.980.872	1.992.619.244.322	(1.179.925.404.944)	812.693.839.378
Total Ekstrakomptabel	1.384.490.931	33.168.748	66.560.796	1.351.098.883	(1.246.090.839)	105.008.044
Gab. Intra dan Ekstrakomptabel	1.962.773.922.395	68.423.962.478	37.227.541.668	1.993.970.343.205	(1.181.171.495.783)	812.798.847.422

Sumber : Laporan SIMAK BMN Tahun 2025

Berdasarkan hasil laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca Keseluruhan baik dalam bentuk IntrakomTabel, EkstrakomTabel, Aset Tak Berwujud dan Kontruksi

Dalam Pengerjaan sampai dengan 31 Desember 2025 tercatat sebanyak Rp.812.798.847.422,-.

p. Efisiensi Sumber Daya

Di Tahun 2025 efisiensi tetap menjadi indikator yang diturunkan ke semua instalasi dan unit kerja (45 unit kerja) tidak termasuk KSM. Program efisiensi yang diusulkan tidak hanya terkait anggaran, namun juga terkait waktu, maupun SDM. Rumah sakit melaksanakan manajemen energi dengan menerapkan program efisiensi /penghematan energi (listrik, air, dll) dengan menerapkan perhitungan kinerja energi, menggunakan jenis energi yang ramah lingkungan serta memilih jenis peralatan yang hemat energi. Efisiensi energi adalah kemampuan menggunakan energi lebih kecil untuk menjalankan fungsi dan kinerja yang sama.

RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menerapkan efisiensi energi menggunakan beberapa prinsip yaitu :

- Mengurangi penggunaan materi dan biaya bahan
- Mengurangi konsumsi energi & biaya operasional
- Mengurangi pencemaran & penularan penyakit
- Menciptakan RS yang bersih, sehat, ramah lingkungan & nyaman
- Meningkatkan pelayanan di RS

Program efisiensi air di RSUP Dr. M. Djamil Padang sebagai berikut :

- Memasang spanduk, stiker tentang efisiensi air
- Pengelolaan limbah RO untuk menyiram tanaman
- Pengelolaan limbah cair untuk *flusing*
- Sosialisasi efisiensi melalui stiker
- Melakukan pemeliharaan instalasi daur ulang air dan system perpipaan secara rutin

Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang :



Gambar 3.3 Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M. Djamil Padang

q. Efisiensi Sumber Daya Energi

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

RSUP Dr. M. Djamil Padang dalam menerapkan efisiensi energy menggunakan beberapa prinsip yaitu :

- Mengurangi penggunaan materi dan biaya bahan
- Mengurangi konsumsi energi & biaya operasional
- Mengurangi pencemaran & penularan penyakit
- Menciptakan RS yang bersih, sehat, ramah lingkungan & nyaman
- Mengoptimalkan penggunaan sumber daya terbarukan & minimalisasi dampak
- Meningkatkan kemampuan daur ulang material & minimalkan biaya
- Meningkatkan pelayanan di RS
- Penggantian jenis lampu hemat energy lampu LED dilakukan secara bertahap

- Pemasangan kontrol otomatis sensor atau timer
- Pemasangan kapasitor bank perbaikan factor daya

Program efisiensi energy dalam jangka panjang sebagai berikut :

- Penggantian gas pendingin AC dankulkasdarifreon menjadi Hydrocarbon
- Memasang spanduk, stiker tentang efisiensi air
- Pengelolaan limbah yang telah diproses untuk menyiram tanaman
- Sosialisasi ke unitkerjatentangprogramefisiensi air
- Melakukan pemeliharaan instalasi air dan system perpipaan secara rutin
- Melakukan pemeliharaan instalasi gas medik dan system perpipaan secara rutin
- Melakukan sosialisasi epmanfaatan gas medik secara efisien secara berkala
- Melakukan pemeliharaan steam boiler dan isntalasi perpipaan secara berkala

r. INOVASI

Adapun inovasi yang sudah dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil adalah sebagai berikut :

Tabel 3.60 Inovasi yang Sudah Dilakukan

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
1	Podcast	sosialisasi layanan rumah sakit	bertujuan menyampaikan informasi tentang layanan yang ada di Rumah sakit public/masyarakat dengan menggunakan platform IG, Youtube
2	Simpel Me	Aplikasi Manajemen Pengelolaan Alat Medik	Aplikasi berbasis Wb dan Mobile untuk pengelolaan peralatan medik, terkait inventarisasi aset dan pemeliharaan
3	SILAGA	Aplikasi Pengeloaan Gas Medik	Aplikasi berbasis Wb dan Mobile untuk pencatatan harian gas medik

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
4	Swakelola dalam penyediaan linen pasien	Menjamin mutu penyediaan linen sesuai standar dan terciptanya <i>cost efficiency</i>	Memudahkan deteksi kehilangan linen, kontrol jumlah maksimal pakai ulang
5	Layanan jasa londri bagi pelanggan eksternal RS	Menambah pendapatan Unit	Memberikan Layanan laundry kepada Pihak eksternal RS
6	Layanan jasa sterilisasi bagi pelanggan eksternal RS	Menambah pendapatan Unit	Memberikan Layanan sterilisasi kepada Pihak eksternal RS
7	Pemanfaatan jerigen bekas HD menjadi wadah limbah benda tajam (safety box)	Sebagai wadah limbah benda tajam (jarum suntik)	Efisiensi biaya pembelian safety box
8	Pengolahan limbah organik menjadi kompos dengan media biopori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai penyerapan air 2. Efisiensi timbulan limbah organik 3. Mengubah limbah organik menjadi kompos 4. Menyuburkan tanah 	Teknologi sederhana ramah lingkungan
9	Pelaporan limbah medis dengan sistem barcode dan aplikasi sistem siraja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memudahkan pelaporan 2. Menghemat biaya kertas 	Aplikasi berbasis Web dan Mobile untuk pelaporan limbah medis
10	Pelaporan kepuasan pelanggan penggunaan toilet umum dengan sistem barcode dan digital customer feed back	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat kepuasan penggunaan toilet umum dengan mudah 2. Menghemat biaya kertas 	Aplikasi berbasis Web dan Mobile untuk kepuasan pelanggan terhadap penggunaan toilet umum
11	Ceklist pengecekan rutin toilet setiap jam oleh leader cleaning service	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan toilet dalam keadaan bersih 2. Memberikan kenyamanan kepada pengguna toilet bahwa toilet dibersihkan setiap jam 	KPI Inisiatif 1 Kementerian Kesehatan : Memperbaiki fasilitas pendukung
12	Ruang terbuka hijau horizontal maupun vertikal	Menambah kawasan hijau rumah sakit agar RTH > 30% dari luas lahan	KPI inisiatif 1 kementerian kesehatan : RTH >30% luas area rumah

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
		Menambah kenyamanan bagi pengunjung dan petugas	sakit
13	E-Survey	Untuk mempermudah survey kepuasan pasien hanya dengan scan QR Code	Aplikasi ini untuk membuat masyarakat lebih mudah untuk menilai kinerja instansi terhadap pelayanan yang mereka berikan hanya dengan SCAN QR Code melalui smartphone.
14	E-Pengaduan	Untuk menambah ruang bagi masyarakat atau pasien dalam menyampaikan keluhan atau pengaduan dengan scan QR Code	Aplikasi ini untuk membuat masyarakat dapat menyampaikan keluhan atau pengaduan dengan melakukan scan QR code melalui smartphone.
15	SI RANCAK RSMDJ	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk pelaporan data unit untuk akreditasi	Sistem Informasi Pelaporan dan Pencatatan Mutu Komprehensif
16	AMERA	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk memonitoring dan evaluasi rekomendasi audit	Aplikasi Monitoring dan Evaluasi Rekomendasi dan Audit
17	SIHOTRI	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk layanan homecare bagi lansia	Sistem Informasi Homecare Geriatri
18	Derma Djamil	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk pendaftaran online derma djamil dan melihat informasi tarif poliklinik kecantikan eksklusif	Dermatology and Aesthetic Clinic
19	Jadwal Dokter	Aplikasi yang digunakan untuk melihat jadwal dokter di poliklinik Rawat Jalan Istano Pagaruyung	Aplikasi Informasi Penjadwalan Dokter Poliklinik Rawat Jalan
20	SIMADAM	Sistem Informasi yang digunakan untuk penginputan dan monitoring data kepegawaian	Sistem Informasi Manajemen Sumber Daya Manusia
21	SIREON	Sistem Informasi yang digunakan untuk memonitoring dan evaluasi	Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Regulasi

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
		regulasi yang sudah disahkan agar bisa di akses secara elektronik	
22	SIGAUL	Sistem informasi yang digunakan untuk penginputan data gaji uang makan dan lembur pegawai Non PNS	Sistem Informasi Gaji Uang Makan dan Lembur Pegawai
23	Mo UMK	Sistem Informasi yang digunakan penginputan uang muka kerja kegiatan dinas	Aplikasi Monitoring dan Evaluasi Uang Muka Kerja Kegiatan
24	SIMERAH	Aplikasi berbasis web yang digunakan untuk memonitoring evaluasi realisasi anggaran dan hutang	Sistem Informasi Monitoring Realiasi Anggaran dan Hutang
25	DJAMIL APPS	Aplikasi berbasis mobile yang digunakan untuk pendaftaran online pasien rawat jalan, informasi jadwal dokter di poliklinik , info antrian pasien rawat jalan, dan Hasil Laboratorium pasien	Aplikasi Mobile
26	SEP Elektronik	Memudahkan pasien untuk proses pendaftaran, hemat kertas 3 ply	Sebelumnya pasien antri untuk menunggu print dari SEP, jika pasien mendaftar di mesin anjungan pendaftaran mandiri.
27	Pengiriman Berkas Klaim Rajal	Mengirim berkas klaim secara elektronik	Perubahan SEP membuat klaim rajal dimudahkan dalam proses pengiriman secara elektronik
28	Hospital Schooling: Solusi Pendidikan Adaptif bagi Anak dengan Rawat Inap Lama	Inovasi Pelayanan Publik	KSM Anak
29	Program Research Laboratory Service	Inovasi Pelayanan Publik	Tim Kerja Penelitian
30	Penggunaan aplikasi sistem terintegrasi Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di Ruang PICU RS M	Inovasi Produk	Komite Keperawatan

No	Nama Inovasi	Kegunaan	Keterangan
	Djamil Padang		
31	Efektifitas sistem pemulangan pasien komprehensif di ruangan rawat inap RSUP DR M Djamil Padang tahun 2025	Inovasi Budaya Kerja	Komite Keperawatan
32	Konseling Kelompok CBT-AD One-Day Focus	Inovasi Pelayanan Publik	Tim VCT
33	Pengurangan Limbah RSUP Dr. M. Djamil Melalui Pengelolaan Bank Sampah	Inovasi Produk	Instalasi Kesling
34	Pembuatan Video Self-Service	Inovasi Produk	Tim Kerja OSDM
35	Aplikasi SAKElek	Integrasi data SAKIP	Timker Perencanaan dan Evaluasi Program
36	Rancang Bangun Sistem Monitoring Debit Air Bersih dan Level Water Storage berbasis IOT	Inovasi Produk	IPS RS
37	Sistim Informasi Pasien Terlantar (SIPiTer)	Inovasi Pelayanan Publik	Tim Kerja Hukum dan Humas

s. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Hambatan dalam pelaksanaan strategi pencapaian tujuan dan sasaran dilihat dari factor internal maupun eksternal dibedakan kedalam 4(empat) perspektif yaitu :

1) Perspektif Finansial

- Kebijakan proses klaim BPJS Kesehatan
- Kebijakan tariff pelayanan yang lebih mengacu pada tariff penjamin khususnya BPJS sehingga akan berpengaruh pada utilisasi sumber daya rumah sakit
- Tingkat kemandirian RS sebagai Badan Layanan Umum

2) Perspektif Stakeholder

- Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang beragam dan bermutu
- Penataan lingkungan RS yang berorientasi pada kebutuhan pasien
- Keterbatasan lahan parkir
- Konektivitas layanan kurang mendukung

3) **Perspektif Proses Bisnis Internal**

- Belum optimalnya pemenuhan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu dan teknologi
- Belum optimal monitoring dan evaluasi penggunaan alat medis dan non medis
- Sistem IT belum berjalan optimal
- Belum optimalnya kemampuan tata kelola organisasi secara professional dengan lingkup pelayanan yang semakin luas
- Perencanaan belum terintegrasi dengan baik
- Pengaturan alur pasien yang masih belum berjalan secara optimal

4) **Perspektif Learning & Growth**

- Belum terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan dengan kompetensi khusus
- Hasil penelitian dan publikasi masih kurang
- Belum optimalnya budaya kerja

Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja dalam rangka pencapaian target dikelompokkan kedalam 4(empat) perspektif yaitu:

1) **Perspektif Finansial**

- Pengembangan aplikasi sistem informasi manajemen keuangan BLU yang terintegrasi dan selaras dengan peraturan
- Peningkatan kapasitas dan kompetensi SDM bidang keuangan
- Peningkatan kualitas laporan keuangan BLU untuk mendukung opini WTP
- Dibukanya pelayanan Bedah 24 jam

2) **Perspektif Stakeholder**

- Pengelolaan penanganan komplain secara menyeluruh
- Kecukupan lahan dan lokasi parkir

3) **Perspektif Proses Bisnis Internal**

- Meningkatkan pembinaan terhadap rumah sakit jejaring
- Meningkatkan pelayanan spesialis dan sub spesialis untuk pelayanan prioritas
- Optimalisasi pelayanan pasien oleh DPJP diruang rawat inap dan rawat jalan
- Pengembangan pelayanan bedah jantung, kanker terpadu, bedah minimal invasif dan transplantasi ginjal
- Pengembangan sistem IT yang terintegasi secara keseluruhan baik dibidang pelayanan maupun keuangan secara mandiri dengan didukung sumber daya yang ada
- Pemenuhan dan pengembangan alat kesehatan pendukung pelayanan jantung, onkologi dan bedah
- Peningkatan pemeliharaan fasilitas kesehatan
- Monitoring dan evaluasi tentang penggunaan alat medis dan non medis lebih ditingkatkan
- Menjaga standarisasi pelayanan rumah sakit dengan akreditasi internasional dan nasional

4) Perspektif Learning & Growth

- Pendidikan dan pelatihan dengan kompetensi khusus serta pengembangan kompetensiSDM di semua lini sesuai kebutuhan serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi
- Pelaksanaan peningkatan budaya kerja serta pembangunan pola pikir dan budaya kerja
- Implementasi, monitoring serta evaluasi penerapan remunerasi pegawai dengan penilaian berbasis kinerja
- Pemenuhan sarana prasarana pendukung pelaksanaan pendidikan yaitu sertifikasi kompetensi pendidik klinis, akreditasi Diklat serta Penelitian berbasis pelayanan rumah sakit
- Mengadakan pelatihan-pelatihan terkait dengan penelitian untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas penelitian, meningkatkan alokasi dana untuk penelitian dan publikasi ilmiah baik nasional maupun internasional.

E. REALISASI ANGGARAN

Realisasi penyerapan terhadap pagu dalam periode Tahun 2025 sebagaimana terlihat dalam tabel 3.68 dibawah ini. Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara PAGU dalam DIPA TA 2025 dengan realisasinya yang mencakup unsur-unsur Pendapatan Negara dan realisasi Belanja Negara selama Tahun 2025 (1 Januari s.d 31 Desember 2025). Pada Tahun 2025 pencapaian pendapatan sebesar 919.706.479.135,- atau 103,83% dari target PNB tahun 2025 sebesar Rp. 885.750.000.000,-. Capaian sudah mencapai target tahun 2025 dan RSUP Dr. M. Djamil Padang beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang diamanatkan. Total realisasi belanja operasional dan belanja modal (APBN-RM) RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2025 adalah sebesar Rp.130.306.496.288,- (96,70%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp.134.768.181.000,-. dapat dilihat pada Tabel 3.70. Total realisasi belanja operasional dan belanja modal BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2025 adalah sebesar RP 886.629.616.771,- (99%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.895.964.009.000,-.

Adapun hambatan-hambatan yang terjadi antara lain:

- 1) Penyusunan anggaran tidak memperhitungkan utang usaha atau pihak ketiga tahun sebelumnya sesuai Laporan Keuangan Tahun Anggaran 2025...
- 2) Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
- 3) Persetujuan anggaran sudah disetujui namun sampai menjelang akhir tahun kegiatan baru aau belum terlaksana
- 4) Pengelola anggaran yang mengusulkan persetujuan anggaran setelah kegiatan sudah dilaksanakna
- 5) Usulan kegiatan tidak masuk dalam RUP Belanja Modal
- 6) Fungsi pengelola anggaran belum berjalan secara efektif
- 7) Belum ada alokasi anggaran untuk kegiatan diluar perencanaan (*emergenmcy*) sehingga ada beberapa program dan layanan unggulan tidak dapat terealisasi terkait dengan ketersediaan dana tersebut.

Permasalahan dalam pelaksanaan operasional Rumah Sakit :

- 1) Mempertahankan Akreditasi Rumah Sakit International membutuhkan biaya yang cukup besar
- 2) Integrasi sistem informasi rumah sakit yang masih perlu direalisasi cepat
- 3) Hal-hal yang perlu mendapat perhatian sebagai berikut :
- 4) Penghapusan piutang; telah dilakukan kerjasama dengan KPKNL dalam pengelolaan piutang macet
- 5) Penghapusan persediaan setiap tahun
- 6) Meningkatkan efisiensi logistik dengan melaksanakan pelayanan logistik satu pintu melalui administrasi logistik

Adanya upaya-upaya perbaikan tata kelola keuangan antara lain sebagai berikut:

- 1) Melakukan penertiban terhadap rekening menjadi terpusat;
- 2) Melakukan perbaikan dan pembenahan terhadap Proses Bisnis dan Standar Operasional Prosedur (SOP) antara lain penertiban pola pencatatan keuangan yang dapat mengidentifikasi tambahan utang tahun sebelumnya;
- 3) Melakukan upaya efisiensi belanja yang dapat menimbulkan utang Melakukan *update* tarif rumah sakit sebagai upaya meningkatkan daya saing RSUP Dr. M. Djamil Padang ;
- 4) Renegosiasi dan menata kembali perhitungan bagi hasil Kerja Sama Operasional (KSO);
- 5) Menata kembali kebijakan yang terkait belanja pegawai.

F. Evaluasi

Hasil Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) pada RSUP Dr. M. Djamil Padang berpedoman pada Peraturan Menteri PAN/RB Nomor 88 tahun 2021 tentang Juknis Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) di Lingkungan Kementerian Kesehatan dan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 14/KMK.09/2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, evaluasi SAKIP dipandang perlu untuk memberikan rekomendasi perbaikan dan peningkatan kualitas pengelolaan dan akuntabilitas kinerja yang lebih baik.

Evaluasi atas implementasi SAKIP pada RSUP Dr. M. Djamil PADANG Tahun 2024 telah dilakukan oleh Inspektorat Jenderal (Itjen) Kementerian Kesehatan. Evaluasi atas penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024 telah dilaksanakan pada tahun 2025 terhadap 4 komponen, yaitu perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja dan evaluasi akuntabilitas kinerja internal. Nilai hasil evaluasi atas implemenasi SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2024 adalah sebesar 89,30 dengan kategori A (Memuaskan), dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.61 Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang

No.	KomponenEvaluasi	Nilai	Nilai Perolehan
1	Perencanaan Kinerja	30,00	25,20
2	Pengukuran Kinerja	30,00	27,60
3	Pelaporan Kinerja	15,00	13,50
4	Evaluasi Internal	25,00	23,00
	Nilai Akuntabilitas Kinerja	100,00	89,30
	Kategori Predikat		A

Hasil evaluasi tahun 2024 mengalami peningkatan dibandingkan dengan nilai tahun 2023 yang capaiannya sebesar 87,50. Salah satu penyebabnya yaitu target yang ditetapkan belum dicapai dengan baik, hal ini disebabkan karena masih terdapat beberapa indikator yang belum mencapai target.

Rekomendasi tahun lalu yaitu :

1. Mengkaji ulang indikator yang mempunyai target yang sama dari tahun ke tahun,
2. Memotoring capaian kinerja sehingga dapat mengatasi dan menyusun strategi baru dalam hal indikator belum tercapai
3. Mengembangkan aplikasi sirancak dan Bigstar sehingga dapat diadopsi oleh instansi lain.
4. SPI mengevaluasi internal AKIP sebelum dilakukan evaluasi oleh APIP
5. Menyusun inovasi terkait manfaat evaluasi akuntabilitas kinerja internal

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Laporan Kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 menyajikan berbagai keberhasilan maupun kendala dalam mencapai sasaran strategis RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025 dan perkembangan tahun-tahun sebelumnya, yang tercermin pada capaian Indikator Kinerja Utama (IKU).

Secara umum capaian sasaran strategis menunjukkan perkembangan yang signifikan, meskipun terdapat indikator yang belum mencapai target yang diharapkan. Hal tersebut disebabkan beberapa indikator kinerja membutuhkan komitmen, keterlibatan, dan dukungan aktif segenap manajemen dan petugas medis dan medis. Capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2025 dapat dinyatakan “berhasil”, karena realisasi 11 dari 14 Target Indikator Kinerja Sasaran Strategis 100% ke atas, dengan rincian:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 8 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak 3 target;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 1 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 2 target.

Selain itu, secara keseluruhan capaian kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025 mengalami peningkatan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Untuk mencapai sasaran tersebut berbagai upaya telah dilakukan seperti penerbitan SPO terkait layanan, kordinasi pelaksanaan dan monitoring evaluasi atas pelaksanaan kebijakan tersebut sehingga terwujudnya layanan yang prima untuk memberikan pelayanan publik yang baik kepada masyarakat.

Pelaksanaan kegiatan di atas menyebabkan realisasi anggaran tahun 2025 RSUP Dr. M. Djamil Padang menjadi sebesar anggaran (APBN-RM) Rp130.306.496.288,- (96,7%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp134.768.181.000,-. Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M. Djamil Padang TA. 2025 adalah sebesar Rp886.629.616.771,- (99%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.895.964.009.000,-. Pendapatan pada tahun 2025 sebesar Rp 919.706.479.135,- dari target Rp 885.750.000.000,- sehingga pendapatan sampai bulan Desember 2025 sudah tercapai sebesar 103,83%.

Kendala dan permasalahan yang menyebabkan tidak tercapainya indikator sasaran tersebut akan menjadi fokus perbaikan kinerja di tahun mendatang.

Upaya koordinasi dan peningkatan kerjasama dengan berbagai unit akan dilakukan dengan lebih intensif, mengingat target indikator hanya dapat dicapai dengan melibatkan segenap pegawai medis dan non medis dalam penyelenggaraan sistem pemerintahan yang berorientasi pada hasil, berbasis kinerja dan bertujuan melayani masyarakat.

RSUP Dr. M. Djamil Padang selalu mendorong inovasi dan terobosan untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan baik di internal maupun eksternal.




Laporan Kinerja ini diharapkan dapat memberikan informasi secara transparan kepada pimpinan dan seluruh pihak yang terkait dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M. Djamil Padang . Laporan ini juga menjadi bahan evaluasi untuk peningkatan pengelolaan kinerja RSUP Dr. M. Djamil Padang , serta dapat digunakan sebagai bahan untuk merumuskan kebijakan ke depan.

4.2 Rekomendasi

1. Berkoordinasi antar unit kerja untuk mencapai target kinerja yang ditetapkan
2. Mendorong inovasi agar diberikan reward
3. Membuat media komunikasi terkait SDM yang memudahkan staf untuk mengetahui informasi mengenai kebijakan terbaru, konsultasi jenjang karir, dan pendapatan.
4. Mengoptimalkan integrasi IT terkait Pelayanan, Keuangan, Pendidikan dan Pelatihan, Pengadaan, dan SDM.

LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2025 Lampiran 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP DR. M. DJAMIL PADANG	
	
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025	
<p>Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:</p>	
Nama	: Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS
Jabatan	: Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang
<p>selanjutnya disebut pihak pertama</p>	
Nama	: dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
Jabatan	: Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
<p>selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua</p>	
<p>Pihak Pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.</p>	
<p>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.</p>	
Pihak Kedua,	Jakarta, 2 Januari 2025 Pihak Pertama,
	
dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS NIP 197106262000031002	Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS NIP 196804191999031003

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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
A. PERSPEKTIF STAKEHOLDER			
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2%
B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL			
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. <i>BLU Maturity Rating</i>	Level 4
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien	6. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 % B: < 1.0 % C: < 1.0 % D: < 1.0 %
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%
C. PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH			
9	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
		11. <i>Training Effectiveness Index</i>	70%

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
D.	PERSPEKTIF FINANSIAL			
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12.	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%
11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13.	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14.	Realisasi Anggaran	95%

Target Pendapatan PNBP Rp. 945.000.000.000,-

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 793.039.517.000,-
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 104.219.464.000,-
Total	Rp 897.258.981.000,-

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



Dr. dr. Dovy Djanas, Sp. OG (K), MARS
NIP 196804191999031003

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

Lampiran Sasaran Strategis, IKU/Indikator dan Target pada RSB Tahun 2025-2029

Lampiran 2 Lampiran Revisi Sasaran Strategis, IKU/Indikator dan Target pada RSB Revisi I Tahun 2025-2029

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target				
						2025	2026	2027	2028	2029
Finansial	1.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Finance	1	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Cluster 2: 10%	Cluster 2: 10%	Cluster 2: 15%	Cluster 2: 15%	Cluster 2: 15%
Stakeholder	2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Pilar 1 : Layanan	2	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik
	3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Pilar 2 : Pengampunan	3	Peresentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	57,5%	65%	72.5%	80%
	4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Pilar 3 : Penelitian, Pelatihan, dan Pendidikan	4	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%	RS Pendidikan Utama: 2%
Proses Bisnis	5.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	IT	5	Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
Internal	6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola	6	BLU Maturity Rating	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
	7.	Terwujudnya proses	Operational	7	Bed Occupancy Rate	70%	70%	70%	70%	70%

	bisnis yang efektif dan efisien	Excellence		(BOR)						
	8. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Mutu Pelayanan	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	
			9	Persentase standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%	
	9. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Branding & Marketing	10	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	15%	20%	50%	50%	
Learning and Growth	10. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	SDM & Budaya Kerja	11	Skor Tingkat kepuasan pegawai	Puas	Puas	Puas	Sangat Puas	Sangat Puas	
			12	Training effectiveness index	70%	73,75%	77,5%	82,25%	85%	

DOKUMENTASI KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN TAHUN 2025

Dokumentasi Kegiatan
Promosi Kesehatan



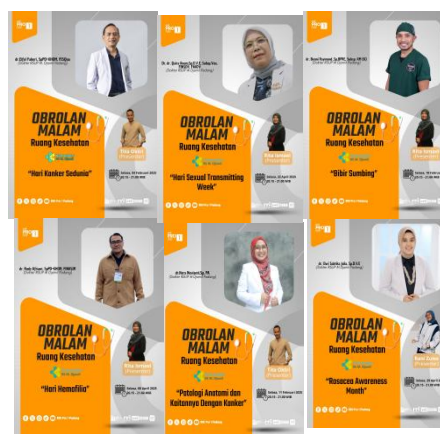
Edukasi Pasien dan Kel



Peringatan Hari Besar



Edukasi TVRI



Edukasi RRI



Pengabdian Masyarakat



Penyuluhan Rohani

Sumber : Instalasi Promkes RSMDJ 2025

Penghargaan yang diperoleh RSUP Dr. M. Djamil Padang



Lampiran Matriks Kesesuaian Antara RBA dan RSB

NO	SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)	PROGRAM STRATEGIS	JUMLAH (RP)
	PERSPEKTIF STAKEHOLDER				
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	279.869.566.000
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	6.063.819.000
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	2.300.260.000
	PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL				
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang handal	4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	4.234.101.000

NO	SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDICATOR (KPI)	PROGRAM STRATEGIS	JUMLAH (RP)
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5	BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	454.390.000
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien	6	Bed Occupancy Rate (BOR)	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap	139.658.400.000
				Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	
				Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	
				Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway	285.747.727.000
		8	Persentase Standar Klinis yang Tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	Meningkatkan mutu layanan unggulan	50.000.000.000
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	8.677.668.000
PERSPEKTIF LEARNING & GROWTH					
9	Terwujudnya SDM yang handal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	396.614.369.000
		11	Training Effectiveness Index	Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	27.118.886.000
PERSPEKTIF FINANSIAL					
10	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang handal	12	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	818.151.000
				Memperkuat cadangan modal strategis	
				Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	
TOTAL					1.201.557.337.000