

Nomor : PR.05.06/XVI/3244/2026

14 Juli 2026

Lampiran : satu berkas

Hal : Penyampaian LAKIP Semester I Tahun 2026
RSUP Dr. M Djamil

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Kementerian Kesehatan

Menindaklanjuti surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Kementerian Kesehatan nomor PR.03.03/D.I/622/2026 tanggal 22 Januari 2026 perihal Revisi perjanjian kinerja UPT tahun 2025, maka bersama ini kami sampaikan Laporan LAKIP RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026 sebagaimana terlampir.

Demikian disampaikan. Atas perhatian Bapak diucapkan terima kasih.

Direktur Utama RSUP Dr. M.Djamil Padang,



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

Tembusan:
Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

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



LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)

RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

TAHUN 2026

“ Melayani dengan Hati, Memberikan yang Terbaik ”
untuk Kesehatan Masyarakat



RSUP Dr. M. Djamil Padang
Jl. Perintis Kemerdekaan Padang
Sumatera Barat 25139



Telp. (0751) 8956666



<https://www.rsdjamil.co.id>

@rsdjamilpadang

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
SEMESTER I TAHUN 2026
RSUP Dr. M DJAMIL**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2026 adalah valid.

Padang, Juli 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
SEMESTER I TAHUN 2026
RSUP Dr. M DJAMIL**

Kami telah mereviu Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. M Djamil untuk Semester I Tahun Anggaran 2026 sesuai Pedoman Reviu Permenpan No. 54 Tahun 2014. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. M Djamil.

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, Juli 2026
Ketua Satuan Pemeriksaan Internal



Isdal Veri, SE, MM

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada kita semua sehingga RSUP Dr. M Djamil (RSMDJ) dapat menjalankan program-program yang telah direncanakan pada Tahun 2026 dengan baik.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2026 disusun dalam rangka memenuhi Peraturan Presiden No. 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Penyusunan LAKIP Semester I Tahun 2026 mengacu pada Penetapan Kinerja RSMDJ Tahun 2026 sebagai penjabaran dari RSB tahun 2025-2029, dan penyusunan LAKIP Semester I Tahun 2026 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 review 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 ini merupakan perwujudan pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian sasaran strategis tahun anggaran 2026.

Diharapkan LAKIP Semester I Tahun 2026 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. Akhir kata, kami berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi RSUP Dr. M Djamil dan para *stakeholder* yang memerlukan informasi atas Laporan Kinerja RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026.

Padang, Juli 2026
Direktur Utama RSUP Dr. M.Djamil Padang,



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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja merupakan implementasi dari Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Seluruh kebijakan yang dilaksanakan oleh RSUP Dr. M Djamil selama semester I tahun 2026 merupakan keberlanjutan dari kebijakan tahun 2026 dengan berbagai perbaikan dan berpedoman pada Rencana Strategis Kementerian RSUP Dr. M Djamil Tahun 2025-2029 dalam rangka transformasi berkelanjutan untuk mendukung pencapaian seluruh visi dan misi RSUP Dr. M Djamil.

Tahun 2026 merupakan tahun kedua 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 kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.

Sasaran strategis tersebut dijabarkan kedalam 18 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 18 Indikator Kinerja Utama yang telah ditetapkan dalam dokumen Rencana Strategis Bisnis dan 4 indikator merupakan Indikator Direkif yang merupakan mandatori untuk tahun 2026.

Laporan Kinerja RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026 menyajikan capaian kinerja atas Perjanjian Kinerja RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026. 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 Semester I Tahun 2026 dan atas penggunaan anggaran baik anggaran yang bersumber dari dana DIPA Rupiah Murni (RM), maupun dari DIPA BLU.

Pengukuran pencapaian kinerja rumah sakit secara keseluruhan belum mencapai target yaitu sebesar 88,42 %, dari 18 (delapan belas) indikator kinerja yang ditetapkan sebanyak 9 (sembilan) telah tercapai sedangkan 9 (sembilan) indikator masih dibawah 100% yaitu EBITDA margin, Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*, Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian CRU, Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT), Skor Tingkat Kepuasan Pegawai RSUP Dr. M Djamil, *Training Effectiveness Index (TEI)*, Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil, Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil.

Dari hasil pengukuran realisasi terhadap 18 (delapan belas) target tersebut, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 9 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak tidak ada;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 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 sangat ditentukan oleh komitmen keterlibatan dan dukungan aktif segenap komponen unit kerja.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RSUP Dr. M Djamil pada tahun 2026 didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU RSUP Dr. M Djamil . Total realisasi anggaran (APBN-RM) RSUP Dr.M Djamil Tahun 2026 adalah sebesar Rp78.691.782.494,- (43,72%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp179.971.044.000, . Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M Djamil Tahun 2026 adalah sebesar Rp. 425.879.524.838,- (44%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.973.958.753.000,-. Pendapatan pada Tahun 2026 sebesar Rp 508.189.531.768,- dari target Rp 1.000.000.000.000,- sehingga pendapatan sampai bulan Juni 2026 sudah tercapai sebesar 50,82%.

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

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
PERNYATAAN TELAH DIREVIU	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Maksud dan Tujuan	1
1.3. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M Djamil	2
1.4. Peran Strategis.....	2
1.5. Struktur Organisasi RSUP Dr. M Djamil.....	3
1.6. Permasalahan Utama (<i>Strategic Issued</i>).....	5
1.7. Sistematika Pelaporan	5
BAB II PERENCANAAN KINERJA	8
2.1. Rencana Strategis Bisnis.....	8
2.2. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan	10
2.3. Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Anggaran Tahun 2026.....	10
2.4. Perjanjian Kinerja.....	11
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	12
3.1 Capaian Kinerja Organisasi	12
3.2 Analisis Capaian Indikator Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis.....	14
3.2.1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT).....	25
3.2.2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target.....	26
3.2.3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	27
3.2.4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	28
3.2.5. BLU Maturity Rating	30
3.2.6. Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil	31
3.2.7. Bed Occupancy Rate (BOR).....	32
3.2.8. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates.....	33
3.2.9. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	35
3.2.11. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS.....	36
3.2.12. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai.....	37
3.2.13. Training Effectiveness Index (TEI).....	38
3.2.14. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto) ...	39

3.2.15. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil.....	40
3.2.16. Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil	41
3.2.17. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil	42
3.2.18. Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil	43
3.3. Realisasi Anggaran.....	54
3.4. Evaluasi.....	55
BAB IV	57
4.1. Kesimpulan.....	57
4.2. Rekomendasi.....	58
LAMPIRAN	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M Djamil Tahun 2026	9
Tabel 2.2	RKA Tahun 2025	10
Tabel 3.1	Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Semester I Tahun 2026	12
Tabel 3.2	Perbandingan antara Realisasi Kinerja serta Capaian Kinerja Tahun Ini dengan Tahun Lalu dan Beberapa Tahun Terakhir	15
Tabel 3.3	Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Tahun Ini dengan Target Jangka Menengah yang terdapat dalam dokumen Perencanaan Strategis Organisasi	18
Tabel 3.4	Perbandingan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2026 dengan standar Nasional dan Rumah Sakit Setara	21
Tabel 3.5	Sasaran Strategis 1	25
Tabel 3.6	Sasaran Strategis 2	26
Tabel 3.7	Sasaran Strategis 3	27
Tabel 3.8	Sasaran Strategis 4	28
Tabel 3.9	Sasaran Strategis 5	30
Tabel 3.10	Sasaran Strategis 6	31
Tabel 3.11	Sasaran Strategis 7	32
Tabel 3.12	Sasaran Strategis 8	33
Tabel 3.13	Sasaran Strategis 11	36
Tabel 3.14	Sasaran Strategis 12	37
Tabel 3.15	Sasaran Strategis 14	39
Tabel 3.16	Sasaran Strategis 15	40
Tabel 3.17	Sasaran Strategis 16	41
Tabel 3.18	Sasaran Strategis 17	42
Tabel 3.19	Sasaran Strategis 18	43
Tabel 3.20	Pegawai RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026	45
Tabel 3.21	Realisasi Penyerapan Anggaran semester I Tahun 2026	46
Tabel 3.22	Perkembangan Barang Milik Negara Semester I Tahun 2026	48
Tabel 3.23	Inovasi yang Sudah Dilakukan	51
Tabel 3.24	Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M Djamil	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSUP Dr. M Djamil	4
Gambar 2.1 Peta Strategi RSUP Dr. M Djamil.....	11
Gambar 3.1 Grafik Skor Kepuasan Pelanggan.....	25
Gambar 3.2 Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M Djamil.....	49

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M Djamil (RSMDJ) adalah Rumah Sakit kelas A Pendidikan dengan kegiatan utama memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspesialis kepada pelanggan. Sebagai instansi pemerintah RSUP Dr. M Djamil 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 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 Tahun 2025-2029.

1.2. Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. M Djamil Tahun 2025 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSUP Dr. M Djamil sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu Tahun 2025 sebagai tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis 2025-2029 RSUP Dr. M Djamil.

Maksud dan tujuan penyusunan LAKIP RSUP Dr. M Djamil 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 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.
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.

1.3. Kedudukan, Tugas, dan Fungsi RSUP Dr. M Djamil

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 merupakan Rumah Sakit Umum Pusat Tipe II adalah sebagai berikut.

1. KEDUDUKAN

RSUP Dr. M Djamil dipimpin oleh Direktur Utama yang merupakan UPT yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan. RSUP Dr. M Djamil 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 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 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 melakukan fungsi pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.

1.4. 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).

1.5. Struktur Organisasi RSUP Dr. M Djamil

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 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Tipe II terdiri dari empat direktorat (Gambar 1.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil)

Susunan Dewan Direksi dan Dewan Pengawas RSUP Dr. M Djamil

Dewan Direksi :

Direktur Utama	: Dr. dr. Dovy Djanas, SpOG(KFM), MARS
Direktur Medik & Keperawatan	: Dr. dr. Bestari Jaka Budiman, SpTHT-KL(K)
Direktur Layanan Operasional	: drg. Ade Palupi Muchtar, MARS
Direktur Perencanaan & Keuangan	: Luhur Joko Prasetyo, SE
Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	: dr. Maliana, MKes

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 & 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 & Keuangan: KP.03.03/MENKES/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023
5. Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian: Nomor KP.03.03/MENKES/519/2025 tanggal 23 Mei 2025

Dewan Pengawas:

Ketua:

Drs. Bayu Teja Muliawan, SH, MPharm, MM, Apt.

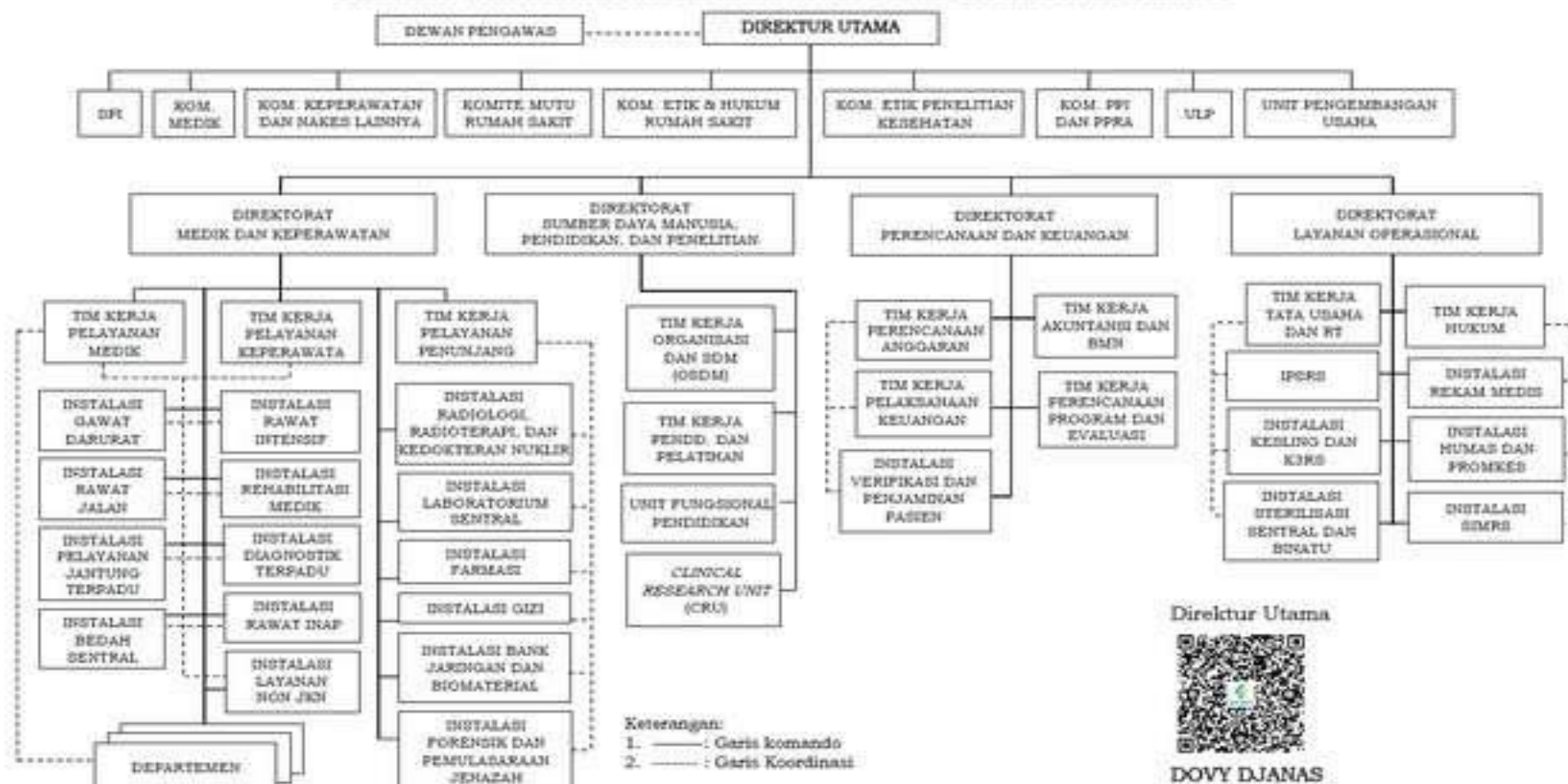
Anggota:

1. Roy Himawan, SFarm, Apt. MKM
2. Dr. Ahmad Irsan A Moeis, SE, ME
3. *Ex officio* Kepala Kanwil Ditjen Perbendaharaan Provinsi Sumatera Barat
4. Dr. Syukriah HG, SH, MHum

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, MM sebagai Sekretaris Dewan Pengawas melalui Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. M Djamil Nomor KP.03.03/D.XVI/168/2025 tanggal 01 April 2025.

LAMPIRAN II
SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
NOMOR HK.02.03/D.XVI/841/2025

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



Direktur Utama



DOVY DJANAS

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

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi RSUP Dr. M Djamil

1.6. 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 2026 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.
6. Pendapatan rumah sakit melalui PNBP masih dapat dioptimalkan, dengan memanfaatkan berbagai sumber daya yang tersedia, khususnya tenaga dokter spesialis, subspesialis, keperawatan, dan fasilitas pelayanan lainnya serta efisiensi dari segala aspek. Upaya terobosan yang telah dilakukan adalah melalui pelayanan kamar operasi 24 jam.
7. Masih perlu dilakukan peningkatan kepatuhan dalam kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian rekam medik untuk mempercepat proses penagihan/klaim ke BPJS.
8. Masih perlu terus dilakukan peningkatan terhadap kegiatan monitoring kepatuhan standar dalam memberikan layanan sesuai standar akreditasi nasional dan internasional.
9. Budaya *patient safety* masih perlu ditingkatkan dikalangan *civitas hospitalia*, khususnya pelaporan insiden, bila terjadi insiden keselamatan pasien.
10. Perlu peningkatan koordinasi antara RSUP Dr. M Djamil 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).

1.7. Sistematika Pelaporan

Sistematika penyajian LAKIP RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026 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, peran strategis, struktur organisasi RSUP Dr. M Djamil, 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

1. 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:

- a. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
- b. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
- c. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
- d. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
- e. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan;
- f. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
- g. 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;

2. Realisasi Anggaran

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

3. Kinerja Lain-Lain

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

4. Evaluasi

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

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

BAB II PERENCANAAN KINERJA

2.1. 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 disusun untuk jangka menengah (periode lima tahun). RSB RSUP Dr. M Djamil 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 untuk tahun 2025-2029.

Penyusunan RSB RSUP Dr. M Djamil mengacu pada dokumen-dokumen perencanaan di Kementerian Kesehatan, meliputi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029, Rencana Strategis RSUP Dr. M Djamil Tahun 2025-2029. Sesuai dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M Djamil 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”.

Sejalan dengan sasaran pembangunan jangka menengah tahun 2025-2029, RSUP Dr. M Djamil telah merumuskan visi misi dalam suatu Rencana Strategis Bisnis.

Visi ▼

“Rumah Sakit level Asia yang memiliki pelayanan unggulan dengan pertumbuhan berkelanjutan”.

Misi ▼

Misi merupakan jalan yang ditentukan untuk mencapai visi, adapun misi RSUP Dr. M Djamil, 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 pengampunan 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 pada periode kedua Renstra tahun 2026. Adapun Tujuan, Sasaran Strategis, Indikator Kinerja, serta target indikator kinerja Tujuan dan Sasaran Strategis di tahun 2026 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Matriks Perencanaan Kinerja RSUP Dr. M Djamil Tahun 2026

No	Sasaran Program/Kegiatan		Indikator Kinerja	Target
Perspektif pelanggan/ stakeholder				
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.1	IKM 16.4.11 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	90,64 (Nilai)
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2.1	IKM 16.4.10 - Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	70%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3.1	IKM 32.1 - Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	1%
Perspektif bisnis internal				
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4.1	IKM 33.7 - Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	50%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5.1	IKM 33.8 - Skor BLU Maturity Rating	Level 4
		5.2	Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil	83 Nilai
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	6.1	IKM 16.4.9 - <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	7.1	IKM 16.4.6 - <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%
		7.2	IKM 16.4.7 - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		7.3	IKM 16.4.8 - Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	≥95%
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	8.1	IKM 16.4.5 - Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	15%
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran				
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	9.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 (Nilai)
		9.2	IKM 33.2 - <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%
Perspektif Keuangan				
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	10.1	IKM 16.4.4 - EBITDA margin	10%
Indikator Direktif				
11	Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	11.1	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil	92,75 (Nilai)
		11.2	IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil	82 (Nilai)
		11.3	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil	95%
		11.4	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil	96%

(Sumber data Perjanjian Kinerja Tahun 2026 RSUP Dr.M Djamil)

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

2.2. Pelayanan Prioritas dan Pelayanan Unggulan

1. Pelayanan Prioritas

Pelayanan Prioritas RSUP Dr. M Djamil pada Tahun 2026 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 2026 terdapat Pelayanan Unggulan yang diampu oleh RSUP Dr. M Djamil terkait dengan tugas dan fungsi RSUP Dr. M Djamil 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

2.3. Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Anggaran Tahun 2026

Rencana Kerja Tahunan (RKT) merupakan perencanaan kinerja yang berisi program, kegiatan, anggaran untuk tahun berikutnya. Dalam menyusun Rencana Kerja Tahunan 2026, RSUP Dr.M Djamil 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 dalam menyusun RKT adalah melihat angka Indikator Kinerja Terpilih (IKT) dan indikator Perjanjian Kinerja; khususnya capaian indikator kinerja yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja tahun 2026. Capaian indikator kinerja yang merupakan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. M Djamil dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2026.

Dalam rangka upaya mewujudkan kinerja yang telah diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja 2026, ditetapkanlah RKA Tahun 2026, yang terdiri dari 2 (dua) program sebagai berikut:

Tabel 2.2 RKA Tahun 2025

Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan	973.958.753.000
• Sarana Bidang Kesehatan	319.858.646.000
• Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	1.366.264.000
• Prasarana Bidang Kesehatan	43.857.424.000
• OP Sarana Bidang Kesehatan	277.943.068.000
• OP Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	2.188.426.000
• Pelatihan Bidang Kesehatan	20.663.547.000
• Layanan Dukungan Manajemen Internal	275.418.334.000
• Layanan Sarana dan Prasarana Internal	23.675.201.000

• Layanan Manajemen SDM Internal	8.747.843.000
• Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan	240.000.000
Program Dukungan Manajemen	179.971.044.000
• Dukungan Manajemen pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	179.971.044.000

2.4. 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 merupakan suatu janji kinerja yang akan diwujudkan selaku penerima amanah dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Di tahun 2026 terdapat 18 IKU dan 11 Sasaran Program/Kegiatan yang dikontrak kinerjanya. Perjanjian Kinerja Tahun 2026 RSUP Dr. M Djamil berpedoman pada visi dan misi Kementerian Kesehatan, RSB, dan peraturan terkait pengelolaan kinerja. Peta Strategi *Balanced Scorecard* RSUP Dr. M Djamil Tahun 2025-2029 dapat dilihat pada gambar 2.1



Gambar 2. 1 Peta Strategi RSUP Dr. M Djamil

Dari peta tersebut tergambar bahwa jumlah Sasaran Strategis (SS) ada sebanyak 11 (sebelas) SS dan diidentifikasi menjadi Indikator Kinerja Utama (IKU) sebanyak 18 (delapan belas) IKU. Sasaran Strategis tersebut saling berkaitan satu sama lain sehingga diharapkan dapat menopang pencapaian Visi RSUP Dr. M Djamil.

Dari hasil *refinement* telah dihasilkan IKU Direktur RSUP Dr. M Djamil yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja tahun 2026 dan ditandatangani antara Direktur Utama RSUP Dr. M Djamil bersama Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Adapun dokumen perjanjian yang telah dikontrak kinerjanya antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. M Djamil di Tahun 2026 terlampir.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

3.1 Capaian Kinerja Organisasi

Pencapaian Kinerja Semester I Tahun 2026 diukur dari pencapaian Indikator Kinerja yang diperjanjikan pada Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2026 pada waktu tertentu. Seluruh sasaran strategis dan indikator kinerja yang dituangkan dalam PK RSUP Dr. M Djamil merupakan kinerja tahun kedua pada periode Renstra RSUP Dr. M Djamil 2025-2029. Secara rata-rata capaian kinerja pada Semester I Tahun 2026 adalah sebesar 88,42 % yang dihitung dari rata-rata capaian seluruh sasaran strategis.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. M Djamil tahun 2026 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu 1 (satu) tahun dengan berpedoman pada kamus indikator pada Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/680/2026 tentang Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP Dr. M Djamil tahun 2026 yang telah ditetapkan, capaian kinerja yang diukur adalah membandingkan realisasi dan target dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Hasil Pengukuran Pencapaian Kinerja Semester I Tahun 2026

No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026
Sasaran Strategis 1 Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia						
1	IKM 16.4.11 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	90,64 (Nilai)	86,47	87,15	96,15%
Sasaran Strategis 2 Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas						
2	IKM 16.4.10 - Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	70%	76,92%	78,46	112,09%
Sasaran Strategis 3 Terwujudnya Pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang Berkesinambungan						
3	IKM 32.1 - Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	2%	1%	0,96%	0,05%	5,30%
Sasaran Strategis 4 Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal						
4	IKM 33.7 - Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	25%	50%	40%	82,42%	164,84%
Sasaran Strategis 5 Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel						
5	IKM 33.8 - Skor BLU Maturity Rating	Level 4	Level 4	4,04	4,04	101%
6	Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil	-	83 Nilai	88,10	88,10	106,14
Sasaran Strategis 6 Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien						
7	IKM 16.4.9 - Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	70%	80,48%	85,47%	122,10%

No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026
Sasaran Strategis 7						
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten						
8	IKM 16.4.6 - <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	A: <1.0‰; B: <1.0‰; C: <1.0‰; D: <1.0‰	100%	VAP: 2,04‰, IADP: 0,58‰, Phlebitis: 0,04‰, ISK: 0,26‰, HAP: 0,52‰ IDO: 0,28%	75,00%	75,00%
9	IKM 16.4.7 - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%	≥80%		100%	125%
10	IKM 16.4.8 - Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1		≥95%		100%	105,26%
Sasaran Strategis 8						
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan						
11	IKM 16.4.5 - Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	25%	15%	7,79%	8,30%	55,32%
Sasaran Strategis 9						
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK						
12	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	(76,61-88,3)	78 (Nilai) (76,61-88,3)	86,20	74%	94,87%
13	IKM 33.2 - <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%	73,75%	83,66%	65,62%	88,98%
Sasaran Strategis 10						
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal						
14	IKM 16.4.4 - EBITDA margin	10%	10%	6,55%	2,46%	24,63%
Sasaran Strategis 11						
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
15	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil	80,1	92,75 (Nilai)	96,14	59,82	64,50%
16	IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil		82 (Nilai)		83,74%	102,12%
17	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil		95%		97,59%	102,73%
18	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil	95%	96%	98,64%	43,67%	45,49%
RATA-RATA CAPAIAN						88,42%

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja pada tabel di atas dapat diketahui:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 9 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% sebanyak tidak ada;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 target, dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 target.

Dari 18 (delapan belas) indikator kinerja yang ditetapkan sebanyak 9 (sembilan) telah tercapai sedangkan 9 (sembilan) indikator masih dibawah 100% yaitu EBITDA margin, Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, *Healthcare*

Associated Infections (HAIs) rates, Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian CRU, Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT), Skor Tingkat Kepuasan Pegawai RSUP Dr. M Djamil, *Training Effectiveness Index (TEI)*, Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil, Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil.

Adapun pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan target pada setiap Indikator Kinerja Utama (IKU) pada masing-masing perspektif di dalam RSB RSUP Dr. M Djamil 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 dimana dilakukan pengkajian terhadap kendala atau hambatan yang ditemui sehingga dapat dijadikan dasar dalam melakukan upaya perbaikan dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang.

Selain untuk mendapatkan informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026 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 dan Penetapan Kinerja tahun 2026.

3.2 Analisis Capaian Indikator Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis

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

No	Sasaran Program Kegiatan		Indikator Kinerja	Target	Realisasi				Perbandingan Capaian Th 2026 dengan periode sebelumnya		
					Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Semester I Tahun 2026	vs Th 2023	vs Th 2024	vs Th 2025
Perspektif Pelanggan/ Stakeholder											
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.1	IKM 16.4.11 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	90,64 (Nilai)			86,47%	87,15%			100,79%
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2.1	IKM 16.4.10 - Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	70%			76,92%	78,46%			102%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3.1	IKM 32.1 - Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	1%			0,96%	0,05%			5,21%
Perspektif Bisnis Internal											
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4.1	IKM 33.7 - Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	50%			40%	82,42%			206,05%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5.1	IKM 33.8 - Skor BLU Maturity Rating	Level 4			Level 4,04	4,04			100%
		5.2	Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil	83 Nilai			88,10	88,10			100%
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	6.1	IKM 16.4.9 - Bed Occupancy Rate (BOR)	70%			80,48%	85,47%			106,20%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	7.1	IKM 16.4.6 - Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%			100%	87,50%			87,50%
		7.2	IKM 16.4.7 - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%				100%			-
		7.3	IKM 16.4.8 - Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	≥95%				100%			-
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	8.1	IKM 16.4.5 - Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	15%			7,79%	8,30%			106,55%
Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran											
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	9.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 (Nilai)	80,02%	80,24%	86,2%	74%	92,48%	92,22%	85,84%

No	Sasaran Program Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Realisasi				Perbandingan Capaian Th 2026 dengan periode sebelumnya		
				Tahun 2023	Tahun 2024	Tahun 2025	Semester I Tahun 2026	vs Th 2023	vs Th 2024	vs Th 2025
		9.2 IKM 33.2 - <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%			83,66%	65,62%			78,44%
Perspektif Keuangan										
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	10.1 IKM 16.4.4 - EBITDA margin	10%	1%	8%	6,55%	2,46%	246%	30,75%	37,56%
Indikator Direktif										
11	Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	11.1 IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil	92,75 (Nilai)			96,14%	59,82%			62,22%
		11.2 IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil	82 (Nilai)				82,74%			
		11.3 IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil	95%		100%	100%	97,59%		97,59%	97,59%
		11.4 IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil	96%				43,67%			-

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 indikator EBITDA margin yang pada semester I tahun 2026 mencapai 2,46% dari target yang ditetapkan sebesar 10% serta menunjukkan performa yang jauh lebih stabil dibandingkan realisasi tahun 2024 dan 2025. Hal ini merefleksikan keberhasilan manajemen dalam mengoptimalkan pendapatan sekaligus melakukan pengendalian biaya operasional secara presisi.

Pada Perspektif Stakeholder, fokus organisasi terhadap kualitas layanan membuahkan hasil yang konkret, di mana tingkat kepuasan pasien pada semester I tahun 2026 tercatat mencapai 87,15%, sebuah peningkatan berkelanjutan dari tahun 2024 dan 2025. Angka ini menunjukkan bahwa transformasi layanan yang dilakukan telah berhasil memenuhi ekspektasi masyarakat. Sejalan dengan itu, indeks kepuasan staf juga mengalami penurunan dari 86,2% menjadi 74%, yang mengindikasikan bahwa kesejahteraan dan lingkungan kerja internal berada dalam kondisi yang sehat untuk mendukung produktivitas maksimal namun hal ini masih dalam penilaian semester I Tahun 2026..

Menelaah Perspektif Proses Bisnis Internal, akselerasi terlihat jelas pada pengembangan indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan, Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil, dan indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang capaiannya sudah melebihi target yang ditetapkan.

Terakhir, pada Perspektif Learning & Growth, organisasi menunjukkan kematangan yang semakin matang dengan pencapaian BLU Maturity Rating pada Level 4,04. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai dan *Training Effectiveness Index* (TEI) yang masih belum mencapai target.

1. 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 2026
						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%	2,46%
Stakeholder	2	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Pilar 1: Layanan	2	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik	Baik	Baik	Sangat Baik	Sangat Baik	87,15%
	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%	78,46%
	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%	0,05%
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%	82,42%
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	Operational	7	Bed Occupancy	70%	70%	70%	70%	70%	85,47%

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target					Realisasi Tahun 2026
						2025	2026	2027	2028	2029	
		proses bisnis yang efektif dan efisien	Excellence		Rate (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‰	87,50%
				9	Persentase standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%	100%
	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%	8,30%
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	74
				12	Training effectiveness index	70%	73,75%	77,5%	82,25%	85%	65,62%
				13	Nilai Kinerja Penganggaran						59,82
				14	Realisasi Anggaran						43,67%

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

Berdasarkan tabel Rencana Kinerja Jangka Menengah pada dokumen RSB 2025-2029 RSUP Dr.M Djamil maka target jangka menengah sudah berada pada tahun kedua.

1. Perspektif Finansial: Tantangan pada Profitabilitas

EBITDA Margin: Realisasi semester I tahun 2026 hanya mencapai 2,46%, 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 2,46% menuju 10% di tahun depan

Pendapatan Penelitian: Capaian sebesar 0,06% belum memenuhi target 1% bagi RS Pendidikan Utama. Ini mengindikasikan bahwa komersialisasi riset belum berjalan optimal.

Pendapatan Non-JKN: Capaian 8,30% dari target 15% 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 (8,30%), RS harus lebih inovatif dalam mengemas layanan eksekutif atau wellness package.

2. Perspektif Pelanggan (Stakeholder): Kepuasan yang Solid

CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan): Realisasi skor 87,15 masih belum mencapai target 90,64 (Nilai), sesuai dengan target tahun 2026. Ini adalah modal kuat untuk mempertahankan loyalitas pasien.

Layanan Pengampuan: Persentase pencapaian lokus pengampuan penyakit prioritas mencapai 78,46%, jauh melampaui target awal sebesar 70%. 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 85,47%, melampaui target 70%. Secara finansial, ini bagus karena utilisasi aset tinggi, namun perlu dijaga agar tidak terjadi overcapacity yang dapat menurunkan mutu layanan. Integrasi Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan: Penerapan sistem IT terintegrasi mencapai 82,42%, melampaui target tahun 2026 yang sebesar 50%. Akselerasi ini krusial untuk mendukung efisiensi proses bisnis secara keseluruhan. Mutu Klinis (HAls): 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: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai RSUP Dr. M Djamil sangat tinggi di angka 74%. Training Effectiveness Index (TEI): Mencapai 65,62%, masih belum mencapai target 73,75% yang menunjukkan program pengembangan kompetensi pegawai berjalan sangat efektif. Kinerja Anggaran: Nilai kinerja penganggaran (59,82) dan realisasi anggaran (43,67%) menunjukkan disiplin fiskal yang sangat baik di level manajerial.

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

Tabel 3.4 Perbandingan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2026 dengan standar Nasional dan Rumah Sakit Setara

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target 2026	Realiasi Semester I 2026	Rumah Sakit Setara			Rumah Sakit Nasional			
								RS Adam Malik	RS M Hoesin	RSHS	RS Persahabat-tan	RS Sardjito	RSCM	RS Fatmawati
Finansial	1.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Finance	1	EBITDA margin	10%		4,93%	16%	11,51%	-11%	19,74%	5,98%	7%
Stakeholder	2.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Pilar 1 : Layanan	2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90,64 (Nilai)	87,15		88%	91,06		87,21		85,70%
	3.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Pilar 2 : Pengampunan	3	Peresentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	70%	78,46%		100%		37,50%		43,92%	
	4.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan	Pilar 3 : Penelitian, Pelatihan, dan Pendidikan	4	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	1%	0,05%	0,06%	0,01%	0,43%	1%	0,28%	0,96%	1,29%
Proses Bisnis Internal	5.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	IT	5	Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	50%	82,42%	40%	55,14%	98,40%	50%	50%	60%	55%
	6.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Tata Kelola	6	Skor BLU Maturity Rating	Level 4	4,04	3,97	3,87	3,84	3,78	4,34	4,12	4,53
				7	Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil	83 Nilai	88,10	86,2	88,75	88,2	87,5	86,6	89,9	89%
	7.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Operational Excellence	8	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	85,47%	89,46%	79,86%	78,35%	73,89%	82,53%	77,02%	77,77%

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target 2026	Realiasi Semester I 2026	Rumah Sakit Setara			Rumah Sakit Nasional			
								RS Adam Malik	RS M Hoesin	RSHS	RS Persahabatan	RS Sardjito	RSCM	RS Fatmawati
	8.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Mutu Pelayanan	9	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%	87,50%	100%		75%	75%	100%	50%	75%
				10	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%	100%				100%			
				11	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	≥95%	100%							
	9.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Branding & Marketing	12	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	15%	8,30%	3,38%	12%	10,53%	10%	14,70%	31,13%	18,79%
Learning and Growth	10.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	SDM & Budaya Kerja	13	Skor Tingkat kepuasan pegawai	78 (Nilai)	74			85,05	N/A	78,79	N/A	0
				14	Training effectiveness index (TEI)	73,75%	65,62%	45,73%	96%	44,40%	45,58%	36,02%	30,92%	37,11%
				15	Nilai Kinerja Penganggaran RSUP Dr. M Djamil	92,75 (Nilai)	59,82%	53,4	50,15	60,11	58,69	61,93	54,49%	61,91%
				16	Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil	82 (Nilai)	83,74%	80,53	83,89	83,2	81,26	82	84,31	82,22
				17	Persentase Rekomendasi	95%	97,59%	95,12%		97,78%	98,18%	99,42%	99,22%	96,30%

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target 2026	Realiasi Semester I 2026	Rumah Sakit Setara			Rumah Sakit Nasional			
								RS Adam Malik	RS M Hoesin	RSHS	RS Persahabatan	RS Sardjito	RSCM	RS Fatmawati
					Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil									
				18	Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil	96%	43,67%	31,49%	44,05%	38,71%	37,49%	35,44%	39,53%	46,14%

(Sumber Data Matrix Data Capaian Indikator Kinerja UPT TA 2026)

Berdasarkan perbandingan capaian kinerja RSUP Dr. M Djamil dengan rumah sakit setara dan rumah sakit nasional semester I tahun 2026, berikut adalah analisa perbandingan kinerja RSUP Dr. M Djamil dengan Rumah Sakit Setara (RS H. Adam Malik, RS M. Hoesin Palembang, dan RS Hasan Sadikin) serta Rumah Sakit Nasional (RS Sardjito, RS Fatmawati, RS Persahabatan dan RSCM):

1. Performa Finansial dan Kemandirian

EBITDA Margin: RSMDJ mencatat angka 2,46%, masih di bawah target cluster (10%). Angka ini masih rendah dibandingkan RS Nasional seperti RS Sardjito (19,74%) dan RSCM (5,98%).

Pendapatan Non-JKN: Capaian RSMDJ sebesar 8,30% belum mencapai target 10%. Namun, angka ini masih jauh tertinggal dari RSCM yang sangat mandiri dengan porsi pendapatan non-JKN mencapai 31,13%.

2. Efektivitas Operasional dan Layanan

Bed Occupancy Rate (BOR): RSMDJ memiliki tingkat hunian tertinggi yakni 85,47%. Angka ini melampaui RSCM (77,02%), mengindikasikan beban kerja fasilitas yang sangat padat dibandingkan RS lainnya.

Kepuasan Pelanggan (CSAT): Skor RSMDJ adalah 87,15. Nilai ini sudah cukup baik dibanding dengan rumah sakit lainnya.

3. Keunggulan Mutu Klinis dan Pengampuan

Pengendalian Infeksi (HAIs): RSMDJ menunjukkan kualitas klinis yang sangat kompetitif dengan angka infeksi 0,92% pada indikator ISK dan 4,26% VAP dengan capaian total 75,00%. Ini lebih baik dibanding RSCM yang masih memiliki angka HAIs sebesar 50%.

Program Pengampuan: RSMDJ mencapai target lokus 78,46%, masih dibawah capaian RSCM dan RS Sardjito namun sudah mengungguli rumah sakit lainnya seperti RSCM (43,92%) dan RS Persahabatan (37,50%).

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 43,67%, jauh lebih tinggi daripada RSCM yang hanya berada di angka 39,53%

Capaian IKU untuk setiap Sasaran Strategis adalah sebagai berikut:

3.2.1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

Tabel 3.5 Sasaran Strategis 1

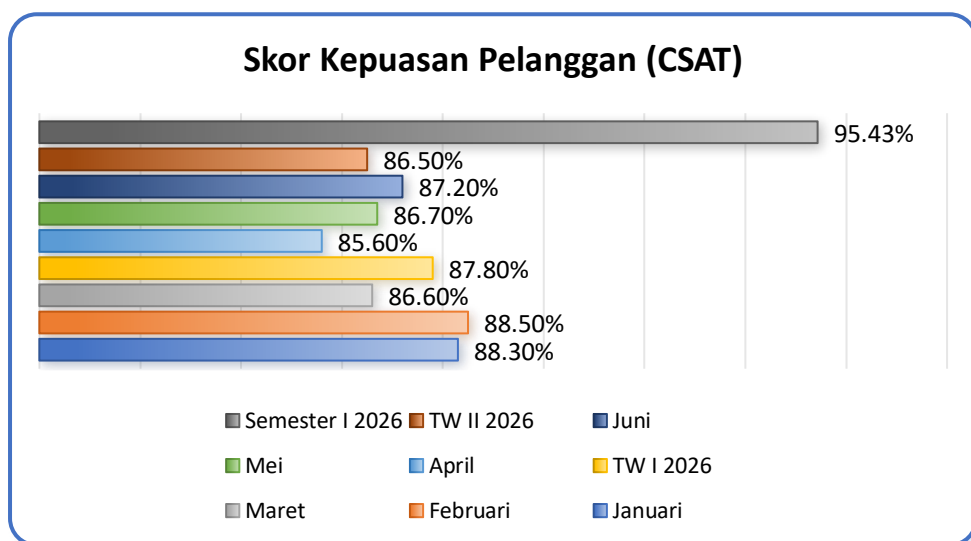
Sasaran Strategis 1 Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi SMT I 2026	Capaian SMT I 2026 (%)
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	90,64 (Nilai)	86,47	87,15	96,15%

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 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.

Sampai dengan semester I rata-rata capaian skor kepuasan pelanggan (Customer Satisfaction Score/CSAT) sebesar 87,15% dimana capaian ini belum memenuhi target yang dikontraskan yaitu dengan skor 90,64. Capaian perbulan berada di rentang 85,60 hingga 88,50. Secara umum, performa rumah sakit dikategorikan sangat baik karena konsisten berada di atas angka 85. Namun, terdapat fluktuasi yang perlu mendapat perhatian khusus karena masih dibawah target yang ditetapkan.



Gambar 3. 1 Grafik Skor Kepuasan Pelanggan

(Sumber data Instalasi Humas dan Promkes)

Skor tertinggi diraih pada bulan Februari (88,50), disusul oleh bulan Januari (88,30). Ini mengindikasikan bahwa pada awal tahun, sistem pelayanan berjalan sangat optimal. Titik Terendah (Lowest Point): Penurunan signifikan terjadi pada bulan April (85,60). Terlihat adanya tren pemulihan dan stabilitas yang lebih baik pada triwulan kedua (Mei–Juni), di mana angka kepuasan cenderung berada di atas 86.

Analisis Masalah (Point of Concern)

Sebagai bagian Instalasi Humas dan Promkes, kita perlu menyoroti beberapa anomali:

- Penurunan tajam pada bulan April: Terjadi penurunan dari 86 ke 85. Hal ini biasanya berkorelasi dengan masa bulan Ramadhan pada periode tersebut.
- Fluktuasi Triwulan II: Pada bulan Mei (86,70) dan Juni (87,20), skor kembali naik. Hal ini biasanya berkorelasi dengan musim libur atau keterbatasan jumlah personil di lapangan.

Realisasi Penggunaan anggaran survei kepuasan masyarakat sebesar Rp 274.182.278.000,- realisasi Rp 97.345.364.012,-.

a. Permasalahan dan Hambatan

Permasalahan dan hambatan dalam pelaksanaan indikator ini adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat partisipasi responden belum optimal, terutama pada survei elektronik.
- 2) Pemahaman responden terhadap beberapa pertanyaan survei masih beragam
- 3) Tindak lanjut perbaikan oleh unit belum seluruhnya tepat waktu

b. Rencana Tindak Lanjut dan upaya perbaikan

- 1) Meningkatkan sosialisasi kepada pasien/keluarga pasien untuk berpartisipasi dalam survei.
- 2) Melakukan perbaikan dan optimalisasi sistem survey
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan tindak lanjut serta memberikan rekomendasi perbaikan kepada unit terkait.

c. Rekomendasi

Melanjutkan pemantauan dan merumuskan upaya perbaikan.

Timeline (Waktu Pelaksanaan) : Bulan Juli- Agustus 2026

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

Tabel 3.6 Sasaran Strategis 2

Sasaran Strategis 2 Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026 (%)
2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target	57,5%	70%	76,92%	78,46%	112,09%

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.

Sampai dengan semester I persentase realisasi indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target sebesar 78,46% sehingga sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja yaitu 57,5%.

a. Permasalahan dan Hambatan

- 1) Partisipasi RS ampuan dalam mengikuti kegiatan Echo masih rendah
- 2) Belum ada petugas tetap untuk cancer registry
- 3) Proctorship jantung masih terkendala proses instalasi dan perizinan sarana penunjang di beberapa RS ampuan
- 4) SDM medis di RS Jejaring masih sangat terbatas terutama SpJP Intervensi, SpU, perawat dan radiografer yang terlatih,
- 5) Alokasi dana RS ampuan yang terbatas sehingga tidak bisa mengikuti semua kegiatan pelatihan
- 6) SDM, Alkes dan sarpras di RS ampuan /daerah masih banyak yang belum lengkap/ tersedia seperti unit cathlab, unit HD, alat operasi batu saluran kemih
- 7) Layanan urodinamik masih belum bisa dibiayai BPJS Kesehatan
- 8) Juknis pengampuan RS Swasta belum tersedia
- 9) Belum ada modul PONEK dari Kemenkes (pelatihan PONEK saat ini memakai modul P2KS)Rencana Tindak Lanjut dan upaya perbaikan

b. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Alternatif media pelatihan selain ECHO
- 2) Penetapan petugas cancer registry
- 3) Meningkatkan koordinasi dan advokasi kegiatan pengampuan kepada pemerintah daerah / pemilik RS agar memprioritaskan penyediaan SDM, alkes dan sarpras yang dipersyaratkan
- 4) Konfirmasi pembiayaan urodinamik pada BPJS Kesehatan

c. Rekomendasi

- 1) Melakukan koordinasi dengan RS ampuan dan RS Pengampu Nasional mengenai alternatif lain dalam mengikuti ECHO/webinar
- 2) Advokasi/ koordinasi dengan pemerintah daerah mengenai pemenuhan standar pengampuan

3.2.3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU

Tabel 3.7 Sasaran Strategis 3

Sasaran Strategis 3 Terwujudnya Pusat Pendidikan, pelatihan dan penelitian yang Berkesinambungan						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026 (%)
3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian CRU	2%	1%	0,96%	0,05%	5,30%

Indikator ini mengukur 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 pembaharuannya.

Sampai dengan Semester I Tahun 2026 capaian pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU sebesar 0,05% belum mencapai target yang dikontrakkan yaitu sebesar 1%. Mempertimbangkan hasil capaian saat ini, masih diperlukan upaya peningkatan melalui penguatan kerjasama penelitian, peningkatan jumlah penelitian sponsor, serta optimalisasi strategi pengembangan bisnis penelitian agar target 1% bisa dicapai pada akhir tahun.

a. Permasalahan dan Hambatan

1. Uji Klinis yang berbasis pendapatan dari Sponsor masih terbatas.
2. Rendahnya Minat Peneliti dalam penelitian uji klinis
3. Belum seluruh potensi sumber pendapatan penelitian teridentifikasi dan terdokumentasi.

b. Langkah Strategis Perbaikan

Adapun upaya tindak lanjut yang dilakukan sebagai berikut:

1. Melakukan pemetaan potensi penelitian dan kerjasama yang dapat menghasilkan pendapatan.
2. Sosialisasi keseluruhan departemen terkait Uji Klinis dan cara mendapatkan sponsor.
3. Monitoring capaian pendapatan penelitian secara berkala setiap triwulan.
4. Pendapatan yang diperoleh dari penelitian merupakan indikator penting bagi kemajuan akademik dan keuangan rumah sakit. Namun, seringkali ada tantangan dalam memaksimalkan potensi ini.

c. Rekomendasi

Merealisasikan rencana penguatan kerjasama penelitian, peningkatan jumlah penelitian sponsor, serta optimalisasi strategi pengembangan bisnis penelitian segera agar dapat membantu percepatan pencapaian target.

Realisasi Penggunaan anggaran sebesar Rp 2.300.260.000,- realisasi Rp 508.676.996,-.

3.2.4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan

Tabel 3.8 Sasaran Strategis 4

Sasaran Strategis 4 Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi SMT I 2026	Capaian SMT I 2026(%)
4	Persentase Penerapan Sistem	25%	50%	40%	82,42%	164,84%

	Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi Seluruh Layanan					
--	---	--	--	--	--	--

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back Office. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:

- 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

Persentase realisasi indikator Persentase Penerapan Sistem Informasi

Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi Seluruh Layanan sebesar 82,42% dan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 50%.

a. Permasalahan dan Hambatan

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. Backlog pengembangan akibat keterbatasan SDM SIMRS.
2. Prioritas operasional menghambat percepatan implementasi.
3. Kewenangan akses database RME masih terbatas.

4. Pengembangan dashboard masih bergantung pada 1 PIC (butuh kerjasama lintas direktorat internal untuk kewajiban mapping kualitas data penunjang termasuk farmasi, labor, radiologi, dan rekam medis).

b. Langkah Strategis Perbaikan

Internal SIMRS:

- a. Menyelesaikan dashboard monitoring SATUSEHAT.
- b. Menuntaskan backlog layanan prioritas (Farmasi, Laboratorium, Radiologi).
- c. Menetapkan SLA monitoring dan penyelesaian error.
- d. Melakukan tuning server, database, dan cron-job integrasi.

Lintas Direktorat:

- a. Menetapkan SATUSEHAT sebagai prioritas strategis rumah sakit.
- b. Menugaskan PIC SATUSEHAT pada setiap unit layanan.

- c. Menetapkan KPI kualitas data (kelengkapan, ketepatan, dan keberhasilan pengiriman).
- d. Melaksanakan rapat evaluasi mingguan berbasis dashboard.

c. Rekomendasi

- 1. Monitoring log response dan error data layanan penunjang.
- 2. Finalisasi cut-off aliran data bulanan SATUSEHAT.
- 3. Evaluasi spesifikasi server dan jaringan.
- 4. Kajian kebutuhan cron-job/scheduling SATUSEHAT.
- 5. Penyusunan rekomendasi infrastruktur integrasi.

Penggunaan anggaran dari target Rp 3.554.671.000,- realisasi Rp 77.926.700,-.

3.2.5. BLU Maturity Rating

Tabel 3.9 Sasaran Strategis 5

Sasaran Strategis 5 Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi i 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
5	BLU Maturity Rating	Level 4	Level 4	4,04	4,04	101,00%

Rumah Sakit Vertikal 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: Predictable; dan Level 5: Optimizing
- Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU

Pada tahun 2026 berdasarkan surat edaran dari Kementerian Keuangan Nomr S-48/PB.5/2026 perihal Penundaan Pelaksanaan Self Assesment BLU SMART, disampaikan bahwa pelaksanaan penilaian tingkat maturitas BLU pada tahun 2026 atas kinerja Tahun 2025 secara umum akan dilaksanakan setelah perubahan terhadap Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan ditetapkan dan proses penilaian maturitas akan dilakukan oleh pembina keuangan BLU dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Asesmen kepatuhan (*compliance*) dilaksanakan secara paralel dengan proses penyusunan dan pengembangan regulasi dimaksud.
- b. Asesmen tata kelola (*governance*) dilaksanakan dengan menggunakan skor tahun sebelumnya atau hasil validasi atas skor tersebut dengan mempertimbangkan perkembangan pelaksanaan tata kelola pada tahun kinerja 2025, yang dilakukan oleh pembina keuangan BLU.
- c. Asesmen kinerja (*performance*) dilaksanakan setelah laporan keuangan BLU yang telah diaudit tersedia.

Berdasarkan surat edaran tersebut maka capaian Maturity Rating di Tahun 2026 sebesar 4,04 dengan menggunakan hasil verifikasi Maturity Rating yang dilaksanakan pada tahun 2025. Capaian ini sudah mencapai target yaitu skor 4 dan meningkat dari penilaian tahun sebelumnya yaitu 3,94.

a. Permasalahan dan Hambatan

Berikut adalah kendala-kendala yang dihadapi pada semester I 2026:

- 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

b. Langkah Strategis Perbaikan

Adapun upaya tindak lanjut yang dilakukan sebagai berikut:

- a) Sosialisasi terkait kebutuhan matrat terutama terkait Inovasi.
- b) Meningkatkan kualitas pelaporan inovasi dengan menggunakan format penelitian sesuai dengan standar penilaian maturity rating
- c) Menyusun rencana kerja inovasi yang dikembangkan

c. Rekomendasi

Analisis program yang menunjang keberhasilan pencapaian kinerja:

- a) Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
- b) Meningkatkan Penelitian dalam semua aspek
- c) Meningkatkan inovasi di rumah sakit terutama yang berhubungan dengan penilaian maturity rating
- d) Membuat dashboard dari aplikasi untuk beberapa aspek penilaian maturity rating

3.2.6. Nilai SAKIP RSUP Dr. M Djamil

Tabel 3.10 Sasaran Strategis 6

Sasaran Strategis 6 Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
6	Nilai SAKIP	-	83 Nilai	89,30	88,10	106,14%

Berdasarkan KMK Nomor. HK.01.07/Menkes/2015/2024 SAKIP adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengiktisaran, dan pelaporankinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Komponen dalam penyelenggaraan SAKIP

meliputi rencana strategis, perjanjian kinerja, pengukuran kinerja, pengelolaan data kinerja, pelaporan kinerja serta revidi laporan kinerja dan evaluasi kinerja, yang merupakan satu kesatuan siklus.

Pada Tahun 2026 telah dilaksanakan Evaluasi SAKIP RSUP Dr. M Djamil atas kinerja Tahun 2025 oleh SPI dengan capaian sebesar 88,10 dimana ini sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu nilai 83.

a. Permasalahan dan Hambatan

Berikut adalah permasalahan dan hambatan yang dihadapi :

Masih terdapat beberapa indikator yang dikontrakkan di tahun 2026 yang belum mencapai target seperti : 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). Sampai dengan semester I tahun 2026 terdapat 9 indikator yang belum mencapai target dari 18 indikator yang dikontrakkan sehingga capaiannya baru mencapai 88,42%.

b. Langkah Strategis Perbaikan

- Menyusun dan melaksanakan tindak lanjut terhadap rekomendasi pada Catatan Hasil Revidi (CHR), serta memastikan penyelesaiannya melalui mekanisme monitoring dan evaluasi secara berkala.
- Melakukan penyempurnaan substansi, dokumentasi inovasi melalui koordinasi dengan unit kerja pemilik inovasi.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap progres tindak lanjut CHR.
- Melakukan koordinasi dengan CRU terkait inovasi-inovasi dari unit yang sesuai dengan kriteria penilaian Inovasi pada penilaian SAKIP.

c. Rekomendasi

Pemantauan berkala terhadap pencapaian indikator yang dikontrakkan tahun 2026.

Timeline (Waktu Pelaksanaan)

Bulan Juli – Desember 2026

3.2.7. Bed Occupancy Rate (BOR)

Tabel 3.11 Sasaran Strategis 7

Sasaran Strategis 7 Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian 2025 (%)
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	70%	80,48%	85,47%	122,10%

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

$$[\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode)}] \times 100\%$$

Sampai dengan semester I capaian *Bed Occupancy Rate* sebesar 85,47% sehingga sudah mencapai target yang dikontrakkan yaitu 70%.

Realisasi penggunaan Anggaran : Rp 314.161.434.000,-.

a. Permasalahan dan Hambatan

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

Berikut permasalahan yang dihadapi :

- a) Belum optimalnya pemenuhan BOR pada layanan Non-JKN.
- b) Masih terdapat ketidaksesuaian data antara BOR relative dengan SK karena adanya proses buka tutup bed untuk memenuhi kebutuhan pelayanan.

b. Langkah Strategis Perbaikan

- a) Percepatan rencana pasien pulang melalui kolaborasi tim untuk meningkatkan turnover tempat tidur dan penguatan koordinasi IGD-rawat inap-poliklinik dalam pengelolaan alur pasien.
- b) Meningkatkan pasien asuransi dengan plafon sesuai VIP

c. Rekomendasi

Melakukan pemantauan dan evaluasi BOR secara berkala.

Tabel 3.12 Sasaran Strategis 8

Sasaran Strategis 8 Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi SMT I 2026	Capaian SMT I 2026
8	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: < 1.0 ‰; B: < 1.0 ‰; C: < 1.0 ‰; D: < 1.0 ‰	100%	VAP: 2,04‰, IADP:0,55‰, Phlebitis: 0,02‰, ISK : 0,26 ‰, HAP : 0,55‰	75,00%	75,00%
9	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari		≥80%	-	100%	100%
10	Lama rawat / 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1		≥95%	-	100%	100%

3.2.8. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

Surveilans ITPK/HAIs merujuk pada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Indikator ini 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

Penghitungan capaian dilakukan dengan formula:

Jumlah jenis kasus ITPK/ HAIs yang menurun $\geq 10\%$ x 100%

4 Jenis kasus HAI's

Setiap rumah sakit ditargetkan menurunkan angka kejadian infeksi $\geq 10\%$ /jenis/HAIs/tahun. Adapun baseline/data dasar tahun 2026 merujuk pada data HAIs Triwulan I tahun 2026 yaitu sebagai berikut :

HAIS	Baseline 2026	Target Turun Min 10%
CAUTI	2	0,2
VAP	9	0,9
CLABSI	2	0,2
SSI	2	0,2

Sampai dengan semester I tahun 2026 capaian indikator penurunan *Healthcare Associated Infections* (HAIs) Rates sebesar 75% dari target 100% dengan perhitungan sebagai berikut:

A : ISK: $43/46762 = 0,92 \text{ ‰}$

B. VAP : $40/9385 = 4,26 \text{ ‰}$

C.CLABSI : $34/16206 = 2,10 \text{ ‰}$

D. SSI : $4/350 = 1,14 \text{ ‰}$

Capaian : $3/4 \times 100 = 75 \text{ ‰}$

a. Permasalahan dan Hambatan

Berikut adalah permasalahan yang dihadapi :

- 1). Ruang isolasi yang masih belum sesuai kebutuhan.
- 2). Sarana dan prasarana penunjang kurang memadai seperti loteng berjamur, tissue yang kosong dll
- 3). Kasus SSI: monitoring pasien post operasi pasca discharge rumah sakit kesulitan dalam perawatan sesuai standar di faskes lain/ di rumah
- 4). Belum optimal dalam penerapan Bundles HAIs (ISK,VAP,CLABSI dan SSI)

b. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Memperkuat monitoring dan evaluasi kepatuhan terhadap bundle pencegahan infeksi, kewaspadaan standar, dan kepatuhan kebersihan tangan pada seluruh ruang rawat di RSUP Dr.M Djamil
- 2) Edukasi dan monitor pelaksanaan pencegahan dan pengendalian PPI secara konsisten di Rumah Sakit
- 3) Meningkatkan deteksi dini dan koordinasi kasus HAIs sesuai area

- 4) Pemenuhan sarana prasarana penunjang pelayanan dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi
- 5) Pemenuhan sarana prasarana BMHP yang sesuai untuk safety pasien
- 6) Komitmen rumah sakit untuk mendukung tercapainya target kejadian IRS di bawah standar dan mengurangi kejadian infeksi silang dan KLB di RS.
- 7) Penerapan bundle secara konsisten di ruang perawatan
- 8) Pelatihan PPI untuk seluruh staf RS baik klinis maupun non klinis
- 9) Edukasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan pasien
- 10) Pembatasan pengunjung pasien yang diatur secara teratur

c. Rekomendasi

- 1) Roadshow ke masing-masing unit kerja terkait dengan bundles HAIs
- 2) Perlunya penguatan dari pimpinan terkait dengan pelaksanaan pencegahan dan pengendalian PPI secara konsisten di Rumah Sakit

3.2.9. Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari

Operasi mastektomi merupakan salah satu terapi kanker payudara dan dilakukan untuk membuang massa tumor. Persiapan operasi yang baik akan membuat pelaksanaan operasi sesuai jadwal dan waktu perawatan tidak memanjang. Tujuan dari indikator ini adalah agar perawatan pasien kanker payudara yang dirawat untuk operasi mastektomi sesuai dengan yang direncanakan.

Realisasi jumlah pasien kanker payudara dirawat dengan mastektomi maksimal 5 hari pada semester I berjumlah Pasien dan seluruh pasien dirawat maksimal 5 hari tanpa komplikasi sehingga capaian 100% dan sudah mencapai target yang dikontrakkan yaitu sebesar 80%.

a. Permasalahan dan Hambatan

Sebagai rumah sakit pusat rujukan respirasi nasional, banyak kasus kanker payudara dengan berbagai varian.

b. Langkah Strategis Perbaikan

Tata laksana kasus sesuai dengan clinical pathway

c. Rekomendasi

Perlu disusun clinical pathway untuk kasus kanker payudara dengan varian sehingga meningkatkan angka kesembuhan dan menurunkan LOS

3.2.10. Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1

Lama perawatan kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1 (tanpa disertai dengan tanda gagal jantung, dan kelainan lainnya seperti edema paru dan syok kardiogenik) ≤ 5 hari dan keluar hidup.

Realisasi jumlah pasien STEMI klasifikasi KILLIP 1 pada semester I berjumlah pasien dan seluruh pasien dirawat ≤ 5 hari sehingga capaian 100% dan sudah mencapai target yang dikontrakkan yaitu sebesar 95%.

a. Permasalahan dan Hambatan

b. Langkah Strategis Perbaikan

c. Rekomendasi

Tabel 3.13 Sasaran Strategis 11

Sasaran Strategis 11 Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026 (%)
11	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	15%	15%	7,79%	8,30%	55,32%

3.2.11. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.

Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022 sampai dengan semester I capaian Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS sebesar 8,30% masih belum mencapai target yang sudah dikontrakkan yaitu sebesar 15%.

Realisasi penggunaan anggaran Anggaran : Rp 10.392.478.000,-

a. Permasalahan dan Hambatan

- 1) Sistem aplikasi yang belum terintegrasi menyebabkan proses pengumpulan, pengolahan, analisis data, dan penyusunan laporan pendapatan Non-JKN menjadi kurang efisien sehingga memperlambat proses monitoring dan pengambilan keputusan.
- 2) Monitoring dan analisis tren pendapatan berdasarkan jenis layanan belum sepenuhnya didukung oleh sistem informasi yang terintegrasi sehingga peluang pengembangan layanan bernilai tambah belum dapat diidentifikasi secara cepat.
- 3) Koordinasi lintas unit dalam pengembangan layanan unggulan dan strategi peningkatan pendapatan Non-JKN masih perlu diperkuat untuk menjaga peningkatan capaian kinerja.

b. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Diperlukan upaya untuk mencapai target tersebut di tengah dinamika jumlah kunjungan pasien, perubahan pola pembiayaan, dan persaingan layanan kesehatan.
- 2) Melakukan pemantauan dan evaluasi berkala terhadap tren pendapatan berdasarkan jenis layanan sebagai dasar pengambilan keputusan.
- 3) Mendorong pengembangan sistem informasi yang terintegrasi untuk mendukung penyediaan data pendapatan yang lebih cepat, akurat, dan komprehensif sebagai dasar monitoring, evaluasi, dan pengambilan keputusan manajerial.

c. Rekomendasi

Melakukan analisis potensi pasar, kebutuhan pelanggan, dan peluang pengembangan layanan sebagai dasar penyusunan strategi peningkatan pendapatan Non-JKN.

Timeline (Waktu Pelaksanaan)
Bulan Juli – Desember 2026

Tabel 3.14 Sasaran Strategis 12

Sasaran Strategis 12 Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi Semester I 2026	Capaian Semester I 2026 (%)
12	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	78 (Nilai)	86,20	74%	96,59%
13	<i>Training Effectiveness Index</i>	73,75%	73,75%	83,66%	65,62%	88,98%

3.2.12. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.

Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.

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

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

Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.

Cara Perhitungan

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

Nilai Survei Kepuasan

= $(\text{Total dari Nilai Per unsur} / \text{Total Unsur yang Terisi}) \times \text{Nilai Penimbang}$

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

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

Sampai semester I capaian untuk indikator ini sebesar 74% dimana proses survei baru dilaksanakan oleh pihak internal namun proses survei oleh pihak eksternal akan dilakukan di semester II tahun 2026.

Realisasi pagu Anggaran : Rp 179.971.044.000,-

- Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Kinerja
- Analisis atas Pelaksanaan Rencana Aksi atau Mitigasi Risiko yang Telah Disusun Dalam Pencapaian Kinerja

a. Permasalahan dan Hambatan

Skor tingkat kepuasan pegawai yang rendah di rumah sakit dapat menjadi indikator berbagai permasalahan mendalam yang mempengaruhi operasional dan kualitas pelayanan.

b. Langkah Strategis Perbaikan

Menyebarkan informasi apabila ada pelaksanaan pelatihan atau sosialisasi baik itu dari kemenkes maupun luar kemenkes, melalui beberapa WAG agar dapat diketahui dan diikuti oleh seluruh pegawai.

c. Rekomendasi

Pengembangan Hard Skill dan Soft Skill

3.2.13. Training Effectiveness Index (TEI)

Training Effectiveness Index (TEI) mengukur jumlah tenaga kesehatan dan tenaga medis mencapai 40 jam pembelajaran (JPL) dari peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi oleh rumah sakit.

Sampai dengan semester I tahun 2026 persentase realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) sebesar 65,62% namun ini belum mencapai target yang sudah dikontrakkan yaitu 73,75%.

a. Permasalahan dan Hambatan

- 1) Partisipasi pelatihan pada seluruh Tenaga medis dan tenaga kesehatan masih perlu ditingkatkan.
- 2) Minat staf perlu terus didorong agar pelatihan tidak hanya mendukung kenaikan jenjang karir, tetapi juga menjadi kebutuhan dalam pembaruan ilmu dan peningkatan kompetensi berkelanjutan.

b. Langkah Strategis Perbaikan

1. Mengoptimalkan perencanaan dan pemerataan pelatihan bagi Named dan nakes melalui identifikasi kebutuhan, pengaturan prioritas peserta, penetapan target keikutsertaan, serta sosialisasi manfaat pelatihan untuk pembaruan ilmu, peningkatan kompetensi, mutu pelayanan, dan pengembangan karir.
2. Melibatkan kepala unit dalam pengusulan peserta pelatihan agar staf yang mengikuti pelatihan sesuai dengan kebutuhan unit kerja dan profesinya serta keterlibatan aktif dalam kegiatan pelatihan.
3. Melakukan monitoring capaian TEI setiap bulan melalui rekap peserta, asal unit, jenis pelatihan, dan hasil evaluasi pelatihan.

4. Memberikan umpan balik kepada unit dengan capaian rendah sebagai dasar perbaikan dan peningkatan keikutsertaan pelatihan pada periode berikutnya.
5. Mendorong budaya pembelajaran berkelanjutan agar pelatihan tidak hanya diikuti untuk kenaikan jenjang karir, tetapi juga menjadi kebutuhan rutin dalam peningkatan kompetensi staf.

c. Rekomendasi

1. Pemetaan kebutuhan pelatihan per unit dan profesi, penetapan prioritas peserta nakes dan Named berdasarkan prioritas, serta target minimal keikutsertaan pelatihan per bulan.
2. Capaian TEI dimonitor melalui rekap peserta, sebaran unit, jenis pelatihan, dan hasil evaluasi, lalu ditindaklanjuti pada unit dengan capaian yang masih perlu ditingkatkan.

3.2.14. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

Tabel 3.15 Sasaran Strategis 14

Sasaran Strategis 14 Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
14	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	10%	5%	2,46%	24,63%

EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit. Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022.

Sampai dengan semester I tahun 2026 capaian Ebitda margin sebesar 2,46% masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 10%.

a. Permasalahan dan Hambatan

Berikut adalah kendala-kendala yang dihadapi pada semester I tahun 2026:

- 1) Sebagian besar pendapatan berasal dari pasien JKN dengan tariff yang sering kali lebih rendah dibandingkan tarif Rumah Sakit.
- 2) Pertumbuhan pendapatan operasional yang belum sebanding dengan peningkatan beban operasional.
- 3) Masih diperlukan peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya dan optimalisasi utilisasi layanan rumah sakit.

b. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Melakukan pengembangan layanan Non JKN seperti pengembangan ruangan Istano Pagaruyung untuk pasien Non JKN.

- 2) Pertumbuhan pendapatan operasional yang belum sebanding dengan peningkatan beban operasional.
- 3) Masih diperlukan peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya dan optimalisasi utilisasi layanan rumah sakit.

c. Rekomendasi

- 1) Memperkuat pengendalian biaya operasional melalui evaluasi anggaran secara berkala, efisiensi penggunaan sumber daya, dan pengendalian belanja pada seluruh unit kerja.
- 2) Melaksanakan monitoring dan evaluasi indikator keuangan setiap bulan agar deviasi terhadap target dapat segera ditindaklanjuti dengan langkah korektif.
- 3) Meningkatkan koordinasi antara unit pelayanan, keuangan, dan perencanaan dalam rangka menjaga keseimbangan antara pertumbuhan pendapatan dan pengendalian beban operasional.
- 4) Melakukan evaluasi secara berkala terhadap struktur biaya dan kebijakan akuntansi agar penyajian laporan keuangan tetap sesuai dengan ketentuan serta mendukung pencapaian indikator kinerja keuangan rumah sakit.

Tabel 3.16 Sasaran Strategis 15

Sasaran Strategis 15 Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
15	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	92,75 Nilai	96,14	59,82	64,50%
16	Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil		82 (Nilai)		83,74	102,12%
17	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil		95%		97,59%	102,73%
18	Realisasi Anggaran	95%	96%	98,64%	43,67%	45,49%

3.2.15. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M Djamil

Nilai Kinerja Anggaran adalah ukuran capaian keberhasilan suatu instansi atau satuan kerja dalam merencanakan, melaksanakan, dan mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran negara. Dalam konteks pengelolaan keuangan pemerintah di Indonesia, Nilai Kinerja Anggaran (NKA) umumnya merupakan gabungan dari dua instrumen utama dengan bobot masing-masing 50% yaitu Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran (NKPA) dan Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran atau sering disebut IKPA (Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran).

Nilai kinerja anggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi MONEV Kementerian Keuangan. Berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-5/PB/2022 tentang Petunjuk Teknis Penilaian Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran Belanja Kementerian Negara/Lembaga, Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran adalah Indikator yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan selaku BUN untuk mengukur kualitas kinerja pelaksanaan anggaran belanja Kementerian Negara/Lembaga dari sisi kualitas implementasi perencanaan anggaran, kualitas pelaksanaan anggaran, dan kualitas hasil pelaksanaan anggaran. Aspek

Kualitas Perencanaan Anggaran merupakan penilaian terhadap kesesuaian antara pelaksanaan anggaran dengan yang direncanakan dan ditetapkan dalam DIPA.

Pada Semester I Tahun Anggaran 2026, Nilai Kinerja Anggaran (NKA) secara keseluruhan adalah 59,82. Sementara itu, target indikator Direksi UPT Vertikal Tahun 2026 ditetapkan sebesar 92,75. Artinya menunjukkan bahwa capaian NKA RSUP Dr. M Djamil masih berada di bawah target yang ditetapkan. Namun capaian NKA merupakan indikator yang diukur secara tahunan.

a. Permasalahan dan Hambatan

Nilai Pelaksanaan Anggaran (NK Perencanaan Anggaran) masih tergolong rendah, yaitu sebesar 23,85. Kondisi ini disebabkan oleh adanya perubahan struktur kegiatan pada DIPA, yaitu perubahan Rincian Output (RO) dari FAE.001 menjadi EBD.Z25.

b. Langkah Strategis Perbaikan

Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan yang telah memperoleh persetujuan revisi anggaran dengan memastikan kesiapan administrasi, dokumen pendukung, serta koordinasi yang efektif antar unit terkait.

c. Rekomendasi

Mengoptimalkan koordinasi dan pengendalian pelaksanaan kegiatan pasca revisi anggaran melalui penyusunan jadwal percepatan pelaksanaan kegiatan, pemantauan realisasi anggaran secara berkala, serta percepatan proses administrasi untuk pelaksanaan kegiatan.

3.2.16. Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M Djamil

Tabel 3.17 Sasaran Strategis 16

Sasaran Strategis 16 Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
16	Indeks Kualitas SDM		82 (Nilai)		82,74%	102,12%

Indikator Indeks Kualitas SDM adalah ukuran yang digunakan untuk menilai tingkat kualitas sumber daya manusia dalam suatu organisasi berdasarkan aspek kompetensi, kinerja, profesionalisme, pengembangan kapasitas, dan pemenuhan standar kompetensi yang telah ditetapkan. Cara penilaian Indikator Indeks Kualitas SDM dilakukan dengan menghitung capaian dari beberapa komponen penilaian yang telah ditetapkan, kemudian dikonversi menjadi nilai indeks (biasanya skala 0–100).

Indeks kualitas SDM pada tahun 2026 ditargetkan sebesar 82 dan realisasi pada Semester I mencapai 82,74 atau persentase capaian terhadap target tahunan sebesar 102,12%. Indikator Indeks Kualitas SDM digunakan untuk mengukur tingkat kualitas sumber daya manusia melalui aspek pengembangan kompetensi, profesionalitas, dan peningkatan kapasitas pegawai dalam mendukung pencapaian kinerja organisasi. Pada Semester I Tahun 2026, capaian indikator menunjukkan perkembangan yang cukup baik, yang tercermin dari terlaksananya berbagai program pengembangan kompetensi bagi pegawai. Selain itu, pelaksanaan monitoring dan evaluasi penilaian Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN) secara berkala turut mendukung peningkatan

akuntabilitas dalam pengelolaan kompetensi pegawai. Sosialisasi tata cara mengikuti pelatihan melalui sistem pembelajaran daring serta penyebarluasan informasi pelatihan secara aktif juga berkontribusi terhadap meningkatnya partisipasi pegawai dalam kegiatan pengembangan kompetensi.

a. Permasalahan dan Hambatan

- 1) Masih ada pegawai yang belum memahami cara *updating* data pelatihan/sosialisasi/webinar dari luar kemenkes yg diikuti oleh pegawai.
- 2) Pelaksanaan pelatihan/sosialisasi/webinar yang dilaksanakan baik oleh kemenkes maupun luar kemenkes kepada sebagian besar pegawai non nakes belum optimal.

b. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap penilaian Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN) guna memastikan akuntabilitas serta mendorong peningkatan kinerja secara berkelanjutan. Evaluasi dilakukan secara berkala setiap triwulan oleh Tim PIC OSDM, terhitung sejak awal Tahun 2026 hingga akhir Desember 2026.
- 2) Melakukan sosialisasi kepada seluruh pegawai terkait tata cara mengikuti pelatihan dan kegiatan pengembangan kompetensi melalui sistem Learning ManagementSystem, guna meningkatkan partisipasi dan kemudahan akses terhadap program pembelajaran.
- 3) Menyebarluaskan informasi terkait pelaksanaan pelatihan dan sosialisasi, baik yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia maupun instansi eksternal, melalui berbagai grup komunikasi internal agar dapat diketahui dan diikuti oleh seluruh pegawai.

c. Rekomendasi

- 1) Monitoring dan evaluasi berkala untuk *updating* data pengembangan kompetensi pegawai.
- 2) Melanjutkan proses yang sedang berjalan dan berkoordinasi lanjut dengan pihak-pihak yang terkait.

Timeline (Waktu Pelaksanaan)

Triwulan III 2026

3.2.17. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Dr. M Djamil

Tabel 3.18 Sasaran Strategis 17

Sasaran Strategis 17 Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya						
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026 (%)
17	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti		95%		97,59%	102,73%

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (Hapsem) BPK. Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti

dibuktikan dengan Berita Acara Tindak Lanjut yang ditandatangani oleh SPI dan Itjen Kemenkes. Indikator ini mengukur rekomendasi temuan BPK yang telah ditindaklanjuti tuntas dari semua temuan BPK yang dikeluarkan, yang merupakan data akumulasi dari temuan BPK di tahun-tahun sebelumnya.

Persentase realisasi indikator Persentase rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti sebesar 97,59% diatas dari target 95%.

- a. **Permasalahan dan Hambatan**
- b. **Langkah Strategis Perbaikan**
- c. **Rekomendasi**

3.2.18. Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M Djamil

Perbandingan capaian kinerja Semester I Tahun 2025 dan 2026 serta capaian terhadap jangka menengah 2029 dan target nasional yaitu:

Tabel 3. 19 Sasaran Strategis 18

Sasaran Strategis 18 Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya									
No	Indikator Kinerja	Target Renstra	Target PK	Realisasi 2025	Realisasi 2026	Capaian 2026	Target 2027	Target 2028	Target 2029
18	Realisasi Anggaran	95%	96%	98,64 %	43,67%	45,49%			

Indikator realisasi anggaran adalah Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Satuan Kerja yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Satuan Kerja.

Sampai dengan semester I tahun 2026 capaian realisasi anggaran mencapai 43,67% dari target tahunan 95% sehingga belum mencapai target.

a. **Permasalahan dan Hambatan**

- 1) Penyerapan belanja modal masih rendah
- 2) Proses pengadaan barang/jasa masih berjalan
- 3) Pelaksanaan pekerjaan fisik sedang berproses
- 4) Realisasi belanja pegawai berjalan optimal sesuai kebutuhan bulanan.
- 5) Terdapat penyedia barang dan jasa yang belum segera melakukan penagihan meskipun pekerjaan telah selesai dilaksanakan sehingga pembayaran belum dapat direalisasikan.
- 6) Beberapa pekerjaan strategis masih memerlukan waktu untuk penyelesaian administrasi maupun penyelesaian fisik pekerjaan sebelum dapat dilakukan pembayaran.

b. **Langkah Strategis Perbaikan**

- 1) Melakukan monitoring mingguan terhadap progres pengadaan
- 2) Melakukan koordinasi dengan tim verifikasi dokumen tagihan
- 3) Melakukan koordinasi dengan Pejabat Pembuat Komitmen (PPK)
- 4) Mendorong pihak ketiga mempercepat penagihan

- 5) Meningkatkan pemantauan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan secara berkala melalui koordinasi lintas unit guna memastikan seluruh kegiatan berjalan sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
- 6) Mendorong penyedia barang dan jasa untuk segera menyampaikan tagihan atas pekerjaan yang telah selesai guna mempercepat proses pembayaran dan realisasi anggaran.
- 7) Melakukan percepatan penyelesaian administrasi kontrak dan dokumen pendukung pembayaran untuk menghindari keterlambatan penyerapan anggaran.

c. Rekomendasi

- 1) Menyesuaikan realisasi belanja dengan RPD Hal IV DIPA agar target realisasi tercapai dan deviasi tidak terlalu besar
- 2) Melakukan pembayaran belanja barang dan modal sesuai dengan skala prioritas setiap bulannya
- 3) Rencana Penarikan Dana (RPD) sebagai acuan dalam merealisasikan belanja.
- 4) Monitoring pelaksanaan RPD setiap bulan.
- 5) Melakukan pemantauan dan evaluasi berkala terkait implementasi program dan kegiatan beserta penggunaan anggarannya sesuai dengan target dan timeline kegiatan yang telah ditetapkan.

Timeline (Waktu Pelaksanaan)

Setiap bulan sekali atau setiap ada yang perlu dikoordinasikan dan dilakukan kroscek/klarifikasi data.

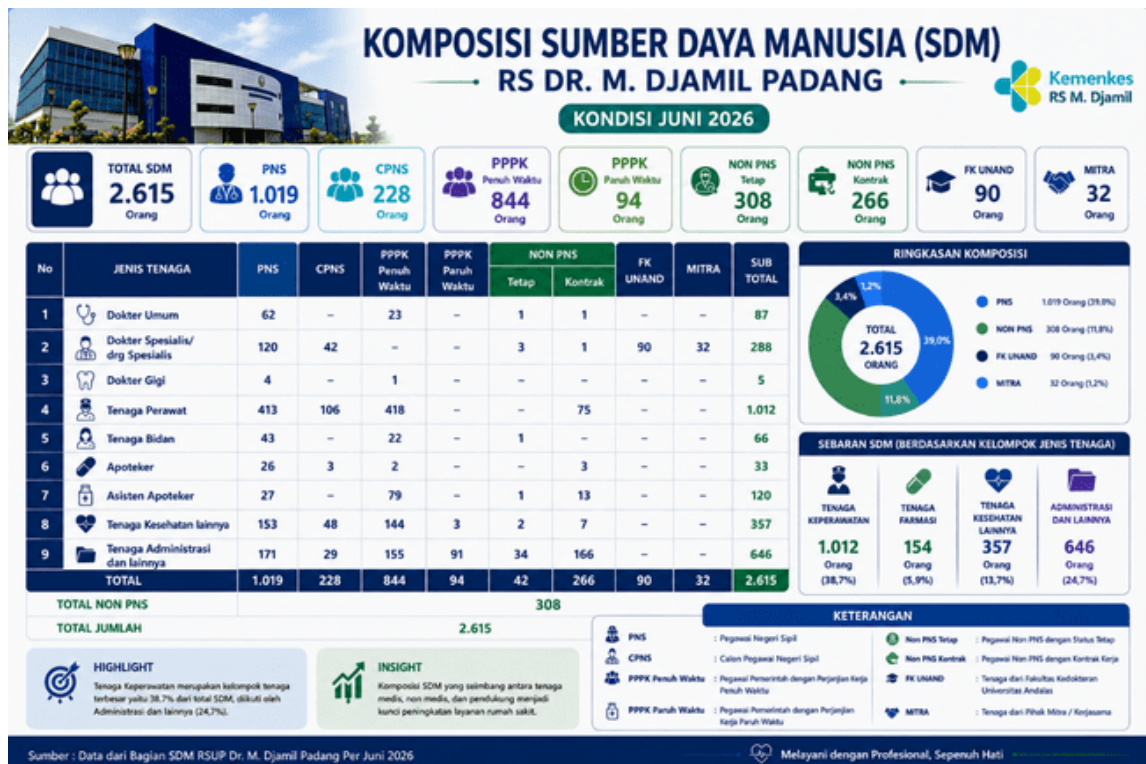
6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

a. Efisiensi Sumber Daya Manusia

RSUP Dr. M Djamil sebagai rumah sakit pusat rujukan nasional memiliki sumber daya yang memadai sehingga mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspesialistik yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Dalam menghadapi tantangan masa depan dengan perubahan yang dinamis dan persaingan global, RSUP Dr. M Djamil 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 Semester I Tahun 2026 terdiri dari Pegawai RSUP Dr. M Djamil sebanyak 2.615 orang per tanggal 30 Juni 2026 dapat dilihat pada Tabel 3.57 dengan perincian sebagai berikut:

Tabel 3.20 Pegawai RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026



(Sumber : Data dari Bagian SDM RSUP Dr. M Djamil Per Juni 2026)

Dalam melakukan efisiensi sumber daya manusia di RSUP Dr. M Djamil yaitu dengan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensi spesifikasi pada setiap unit kerja sehingga akan terwujud struktur 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 berdasarkan kepada beban kerja yang ada pada setiap unit.

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

- CPNS pada semester I Tahun 2026 sebanyak 228 orang.
- PNS pada semester I Tahun 2026 sebanyak 1.019 orang
- PPPK Penuh Waktu pada semester I Tahun 2026 sebanyak 844 orang.
- PPPK Paruh Waktu pada semester I Tahun 2026 sebanyak 94 orang.
- Non-PNS Tetap pada semester I Tahun 2026 sebanyak 42 orang.
- Pegawai Kontrak pada semester I Tahun 2026 sebanyak 266 orang.
- Pegawai FK Unand pada semester I Tahun 2026 sebanyak 90 orang.
- Pegawai Mitra pada semester I Tahun 2026 sebanyak 32 orang.
- Pegawai yang pensiun selama semester I Tahun 2026 sebanyak 19 orang.

Berdasarkan jumlah pegawai RSUP Dr. M Djamil awal Tahun 2026 sebanyak 2.615 orang, terdapat penambahan dan pengurangan jumlah pegawai selama semester I Tahun 2026 dikarenakan penambahan pengadaan kebutuhan SDM PPPK dan pengurangan karena pegawai pensiun, dan meninggal dunia, sehingga pada semester I Tahun 2026 jumlah pegawai di RSUP Dr. M Djamil berjumlah 2.615 orang.

b. Sumber Daya Anggaran dan Efisiensi

Realisasi penyerapan terhadap pagu dalam periode semester I Tahun 2026 sebagaimana terlihat dalam tabel 3.57 dibawah ini.

Tabel 3. 21 Realisasi Penyerapan Anggaran semester I Tahun 2026

Uraian	30 Juni 2026		Realisasi terhadap Anggaran	TA 2025
	Anggaran	Realisasi		Realisasi
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	Rp1.000.000.000.000	Rp 503.842.100.338	50,38%	Rp 919.706.479.135
Jumlah Pendapatan	Rp1.000.000.000.000	Rp 503.842.100.338	50,38%	Rp 919.706.479.135
Belanja				
Belanja Pegawai	Rp 179.971.044.000	Rp 78.691.782.494	43,72%	Rp 126.663.808.572
Belanja Barang	Rp 859.047.554.000	Rp 425.719.952.148	49,56%	Rp 791.347.574.713
Belanja Modal	Rp 114.911.199.000	Rp 159.572.690	0,14%	Rp 20.922.382.349
Jumlah Belanja	Rp 973.958.753.000	Rp 425.879.524.838	43,73%	Rp 938.933.765.634

(Sumber: Laporan LRA semester I Tahun 2026 dan LRA LK Audited Tahun 2025)

Tabel di atas menjelaskan realisasi anggaran di semester I Tahun 2026 dan membandingkan antara PAGU dalam DIPA TA 2026 dengan realisasinya yang mencakup unsur-unsur Pendapatan Negara dan realisasi Belanja Negara selama Tahun Anggaran 2026 (1 Januari s.d. 30 Juni 2026).

Realisasi pendapatan Semester I Tahun Anggaran (TA) 2026 sebesar Rp. 503.842.100.338,- atau 50,38% dari estimasi pendapatan sebesar Rp. 1.000.000.000.000,- masih lebih rendah sebesar 54,78%, bila dibandingkan dengan pendapatan tahun 2025 yaitu Rp. 919.706.479.135,-. Capaian tersebut belum mencapai target tahun 2026 karena belum mencapai satu tahun, dan RSUP Dr. M Djamil beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang diamanatkan. Realisasi belanja TA 2026 sebesar Rp. 425.879.524.838,- dari anggaran dalam DIPA sebesar Rp. 973.958.753.000,- atau 43,73%.

Kenaikan pendapatan ini didorong oleh utilisasi aset yang sangat tinggi, terlihat dari *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang mencapai 85,47%, melampaui target 70%. Tingkat hunian yang tinggi ini berkorelasi langsung dengan volume layanan dan pendapatan operasional netto. Meskipun pendapatan baru mencapai 50,38%, kontribusi dari sektor Non-JKN baru mencapai 8,30%, masih di bawah target 15%. Ini menunjukkan bahwa pertumbuhan kita masih sangat bergantung pada volume pasien JKN, yang memiliki margin lebih tipis dibandingkan pasien asuransi swasta atau umum. Realisasi EBITDA Margin kita berada di angka 2,46%, 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. Pertumbuhan ini didukung oleh tata kelola keuangan yang akuntabel, di mana realisasi anggaran mencapai 43,67% dengan nilai kinerja penganggaran yang 59,82.

Adapun hambatan-hambatan yang terjadi antara lain:

- Persetujuan anggaran sudah disetujui namun sampai menjelang akhir tahun kegiatan baru atau belum
- terlaksana.
- Usulan kegiatan tidak masuk dalam RUP Belanja Modal

- Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
- 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 logistic.

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 ;
- 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 30 Juni 2026 adalah sebagai berikut:

Barang Milik Negara (BMN) INTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp 1.992.619.244.322
Koreksi Tambah	: Rp 725.246.690
Koreksi Kurang	: Rp 3.962.596.000
Nilai BMN	: Rp 1.989.381.895.012
Akumulasi Penyusutan	: Rp (1.179.925.404.944)
Nilai Buku per 30 Juni 2026	: Rp 809.456.490.068

Barang Milik Negara (BMN) EKSTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi)	: Rp 1.351.098.883
Koreksi Tambah	: Rp -
Koreksi Kurang	: Rp -
Nilai BMN	: Rp 1.351.098.883
Akumulasi Penyusutan	: Rp (1.246.090.839)

Nilai Buku per 31 Desember 2025 : Rp 105.008.044

Barang Milik Negara (BMN) Gabungan INTRAKOMPTABLE dan EKSTRAKOMPTABLE

Saldo awal (setelah koreksi) : Rp 1.993.970.343.205
 Koreksi Tambah : Rp 725.246.690
 Koreksi Kurang : Rp 3.962.596.000
 Nilai BMN : Rp 1.990.732.993.895
 Akumulasi Penyusutan : Rp (1.181.171.495.783)
 Nilai Buku per 31 Desember 2025 : Rp 809.561.498.112

Tabel 3. 22 Perkembangan Barang Milik Negara Semester I Tahun 2026

NO	Akun Neraca	Nilai BMN Periode Tahunan TA. 2026 S1					
		Saldo Awal 2025	Koreksi		Nilai BMN S1 2026	Akumulasi Penyusutan	Nilai Buku
			Tambah	Kurang			
A	ASET TETAP						
1	Tanah	220.792.774.000	-	3.248.870.000	217.543.904.000	-	217.543.904.000
2	Peralatan dan Mesin	1.252.728.413.866	11.520.690	-	1.252.739.934.556	-1.056.690.807.882	196.049.126.674
3	Gedung dan Bangunan	494.168.648.346	-	713.726.000	493.454.922.346	-107.455.131.361	385.999.790.985
4	Jalan, Irigasi dan Jaringan	21.856.407.813	-	-	21.856.407.813	-13.795.500.623	8.060.907.190
5	Aset Tetap Lainnya	71.999.500	-	-	71.999.500	-	71.999.500
B	ASET LAINNYA						
1	Aset Tak Berwujud	2.989.404.797	-	-	2.989.404.797	-1.404.228.617	1.585.176.180
2	Aset Lain-lain	11.596.000	713.726.000	-	725.322.000	-579.736.461	145.585.539
C	TOTAL INTRAKOMPTABLE (A+B)	1.992.619.244.322	725.246.690	3.962.596.000	1.989.381.895.012	-1.179.925.404.944	809.456.490.068
D	EKSTRAKOMPTABLE	1.351.098.883	-	-	1.351.098.883	-1.246.090.839	105.008.044
E	Gab. INTRA dan EKSTRAKOMPTABLE	1.993.970.343.205	725.246.690	3.962.596.000	1.990.732.993.895	-1.181.171.495.783	809.561.498.112

(Sumber Data SIMAK BMN)

Berdasarkan hasil laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca Keseluruhan baik dalam bentuk Intrakomtable, Ekstrakomtable, Aset Tak Berwujud dan Kontruksi Dalam Pengerjaan sampai dengan 31 Desember 2025 tercatat sebanyak Rp.812.798.847.422,-.

j. Efisiensi Sumber Daya

Di Tahun 2026 efisiensi tetap menjadi indikator yang diturunkan ke semua instalasi dan unit kerja (59 unit kerja) dimana 26 KSM diganti menjadi 16 departemen. 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 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 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



Gambar 3.2 Penerapan Efisiensi Energi Di Unit Kerja RSUP Dr. M Djamil

k. 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 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 terbaharukan & 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 faktor daya

- Monitoring pemakaian sumber daya (gas medik, listrik, air bersih dan solar) di aplikasi katapel.
- Pembatasan akses lift untuk gedung administrasi dan rawat jalan

Program efisiensi energy dalam jangka panjang sebagai berikut :

- Memasang spanduk, stiker tentang efisiensi air
- Pengelolaan limbah yang telah diproses untuk menyiram tanaman
- Sosialisasi ke unit kerja tentang program efisiensi air
- Melakukan pemeliharaan instalasi air dan system perpipaan secara rutin
- Melakukan pemeliharaan instalasi gas medik dan system perpipaan secara rutin
- Melakukan sosialisasi pemanfaatan gas medik secara efisien secara berkala
- Melakukan pemeliharaan steam boiler dan instalasi perpipaan secara berkala

I. Inovasi

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

Tabel 3.23 Inovasi yang Sudah Dilakukan

No	Nama Peneliti	Unit Kerja	Kategori Inovasi	Judul Inovasi	Tujuan dan Manfaat Inovasi
1	dr. Asrawati, Sp A, Sp TKPS (K), M. Biomed, FISQua, dkk	KSM Anak	Inovasi Pelayanan Publik	Hospital Schooling: Solusi Pendidikan Adaptif bagi Anak dengan Rawat Inap Lama	Hospital Schooling: Solusi Pendidikan Adaptif bagi Anak dengan Rawat Inap Lama di RS bertujuan untuk memberikan hak pendidikan yang adaptif bagi anak-anak dengan penyakit kronis atau yang menjalani perawatan jangka panjang di rumah sakit, dengan manfaat meningkatkan psikologis pasien anak, mencegah risiko putus sekolah akibat kondisi medis, serta memberikan dukungan bagi orang tua dalam menangani kecemasan terkait pendidikan anak mereka.
2	dr. Zulda Musyarifah, Sp.PA, FIAC, IFCAP	CRU	Inovasi Pelayanan Publik	Program Research Laboratory Service	Research Laboratory Service bertujuan untuk mengoptimalkan peran laboratorium sentral dan stem cell dalam penelitian uji klinis, dengan manfaat menyediakan layanan laboratorium yang efisien bagi peneliti, meningkatkan kualitas penelitian, serta mendatangkan revenue bagi rumah sakit.
3	Ns. Rahmadevita Septika AM, M. Kep, Sp. An, dkk	Komite Keperawatan	Inovasi Produk	Penggunaan aplikasi ACUPAD (Alarm Cerdas Untuk Pencegahan Aktif Dekubitus) dalam Pemberian Mobilisasi Alih Baring untuk Pencegahan Dekubitus pada Pasien Tirah Baring di Ruangan PICU RS M Djamil	Penggunaan aplikasi ACUPAD (Alarm Cerdas Untuk Pencegahan Aktif Dekubitus) Dalam Pemberian Mobilisasi Alih Baring Untuk Pencegahan Dekubitus Pada Pasien Tirah Baring di Ruangan PICU RS M Djamil
4	Ns Fatmawati S.Kep M.Kep	Komite Keperawatan	Inovasi Budaya Kerja	Efektifitas Ceklist pemulangan pasien di ruangan bedah RSUP Dr. M Djamil Padang tahun 2025	Efektivitas Checklist Pemulangan Pasien di Ruangan Bedah RSUP Dr. M Djamil bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien, memastikan kelengkapan administrasi dan edukasi sebelum pulang, serta mengurangi risiko komplikasi pascaoperasi, dengan manfaat meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi angka readmisi, dan memperbaiki kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit.
5	Dr. Ns. Alfitri, M. Kep Sp MB FISQua CHAE	Tim VCT	Inovasi Pelayanan Publik	Konseling Kelompok CBT-AD One-Day Focus	Konseling Kelompok CBT-AD One-Day Focus bertujuan untuk meningkatkan coping psikologis dan kepatuhan minum ARV pada ODHIV melalui pendekatan intensif dalam satu sesi, dengan manfaat mengurangi depresi dan kecemasan, menekan angka lost to follow-up (LTFU), serta meningkatkan efektivitas layanan VCT RSUP Dr. M Djamil.
6	Esa Surya Praja,Amd.KL	Instalasi Kesling	Inovasi Produk	Pengurangan Limbah RSUP Dr. M Djamil Melalui Pengelolaan Bank Sampah	Mengurangi timbulan Limbah B3 dan Limbah domestik yang dihasilkan oleh RSUP Dr.M Djamil Padang
7	Dr. dr. Qaira Anum, SpDVE, Subsp Ven, FINS DV, FAADV	Komite Etik Penelitian Kesehatan	Inovasi Produk	Aplikasi e-Clear (electronic Ethical Clearance)	e-Clear (Electronic Ethical Clearance) adalah solusi digital berbasis web untuk mengelola protokol etik penelitian di RSUP Dr. M Djamil, memastikan kepatuhan standar, efisiensi review, serta mempercepat

No	Nama Peneliti	Unit Kerja	Kategori Inovasi	Judul Inovasi	Tujuan dan Manfaat Inovasi
					persetujuan etik dengan akses fleksibel, notifikasi otomatis, dan pelacakan progres real-time.
8	Safitra Rahmadeni, SKM, MARS	Tim Kerja OSDM	Inovasi Produk	Pembuatan Video Self-Service	Pembuatan Video Self-Service bertujuan untuk meningkatkan efisiensi operasional dan kepuasan pelanggan internal melalui panduan layanan mandiri yang mudah diakses, dengan manfaat menyederhanakan proses administrasi, mempercepat waktu respons, dan mengurangi beban kerja tim OSDM.
9	Risfa Nelly, ST, SM	PEP	Inovasi Produk	Integrasi data SAKIP	Aplikasi e-SAKIP adalah sebuah inovasi digital di RSUP Dr. M Djamil yang dirancang untuk mengintegrasikan data SAKIP guna meningkatkan akuntabilitas kinerja melalui proses perencanaan, pengukuran, pelaporan, serta evaluasi kinerja dan keuangan secara informatif dan komprehensif.
10	Catur Suharinto,S.ST, dkk	IPS RS	Inovasi Produk	Rancang Bangun Sistem Monitoring Debit Air Bersih dan Level Water Storage berbasis IOT	
11	Nova Afriani	Tim Kerja Hukum dan Humas	Inovasi Pelayanan Publik	Sistim Informasi Pasien Terlantar (SIPiTer)	
12	Adek Suhendra, Amd. Kep	Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu (IPJT)	Inovasi Produk	Efektifitas Side Board Terhadap Turn Over Pasien di Ruangan Cathlab IPJT RSUP Dr. M Djamil Tahun 2026 2. Side Board Radial	Meningkatkan efisiensi operasional cathlab, mempercepat turn over pasien, dan mengoptimalkan utilisasi ruang tindakan

- m. Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan ataupun Kegagalan Pencapaian Pernyataan Kinerja
Hambatan dalam pelaksanaan strategi pencapaian tujuan dan sasaran dilihat dari faktor internal maupun eksternal dibedakan kedalam 4(empat) perspektif yaitu :

1) Perspektif Finansial

- Kebijakan proses klaim BPJS Kesehatan
- Kebijakan tariff pelayanan yang lebih mengacu pada tarif 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 kompetensi SDM 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.

3.3. Realisasi Anggaran

Realisasi penyerapan terhadap pagu dalam periode Semester I Tahun 2026 sebagaimana terlihat dalam tabel 3.68 dibawah ini. Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara PAGU dalam DIPA TA 2026 dengan realisasinya yang mencakup unsur-unsur Pendapatan Negara dan realisasi Belanja Negara selama Semester I Tahun 2026 (1 Januari s.d 30 Juni 2026). Pada Semester I Tahun 2026 pencapaian pendapatan sebesar 503.842.100.338,- atau 50,38% dari target PNPB tahun 2026 sebesar Rp. 1.000.000.000.000,-. Capaian belum mencapai target tahun 2026 dan RSUP Dr. M Djamil 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 Semester I TA. 2026 adalah sebesar Rp.78.691.782.494,- (43,72%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp.179.971.044.000,-. dapat dilihat pada Tabel 3.70. Total realisasi belanja operasional dan belanja modal BLU RSUP Dr. M Djamil Semester I TA. 2026 adalah sebesar RP 425.879.524.838,- (43,73%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.973.958.753.000,-.

Adapun hambatan-hambatan yang terjadi antara lain:

- 1) Penyusunan anggaran tidak memperhitungkan utang usaha atau pihak ketiga tahun sebelumnya sesuai Laporan Keuangan Tahun Anggaran 2026.
- 2) Alokasi anggaran tahun berjalan digunakan untuk pembayaran kegiatan tahun sebelumnya
- 3) Persetujuan anggaran sudah disetujui namun sampai menjelang akhir tahun kegiatan baru atau 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 (*emergency*) 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 peru 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 ;
- 4) Renegosiasi dan menata kembali perhitungan bagi hasil Kerja Sama Operasional (KSO);
- 5) Menata kembali kebijakan yang terkait belanja pegawai.

3.4. Evaluasi

Hasil Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) pada RSUP Dr. M Djamil 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 Tahun 2025 telah dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI). Evaluasi atas penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M Djamil tahun 2025 telah dilaksanakan pada tahun 2026 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 tahun 2025 adalah sebesar 88,10 dengan kategori A (Memuaskan), dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.24 Evaluasi atas Penyelenggaraan SAKIP RSUP Dr. M Djamil

No.	KomponenEvaluasi	Nilai Maksimal	Nilai Perolehan
1	Perencanaan Kinerja	30,00	24,00
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	88,10
	Kategori Predikat		A

Hasil evaluasi tahun 2025 mengalami penurunan dibandingkan dengan nilai tahun 2024 yang capaiannya sebesar 89,30. 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 Semester I Tahun 2026 menyajikan berbagai keberhasilan maupun kendala dalam mencapai sasaran strategis RSUP Dr. M Djamil semester I tahun 2026 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 semester I tahun 2026 dapat dinyatakan “berhasil”, karena realisasi 18 dari 9 Target Indikator Kinerja Sasaran Strategis 100% ke atas, dengan rincian:

- 1) Target dengan capaian realiasi di atas 100% sebanyak 9 target;
- 2) Target dengan capaian realiasi tepat 100% tidak ada;
- 3) Target dengan capaian realiasi di bawah 100% sebanyak 6 target: dan
- 4) Target dengan capaian realiasi di bawah 50% sebanyak 3 target.

Selain itu, secara keseluruhan capaian kinerja RSUP Dr. M Djamil Semester I Tahun 2026 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 semester I tahun 2026 RSUP Dr. M Djamil menjadi sebesar anggaran (APBN-RM) Rp78.691.782.494,- (43,72%) dari alokasi DIPA RM sebesar Rp179.971.044.000,. Total realisasi anggaran BLU RSUP Dr. M Djamil Tahun 2026 adalah sebesar Rp. 425.879.524.838,- (44%) dari alokasi DIPA BLU sebesar Rp.973.958.753.000,-. Pendapatan pada Tahun 2026 sebesar Rp 508.189.531.768,- dari target Rp 1.000.000.000.000,- sehingga pendapatan sampai bulan Juni 2026 sudah tercapai sebesar 50,82%.

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 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 . Laporan ini juga menjadi bahan evaluasi untuk peningkatan pengelolaan kinerja RSUP Dr. M Djamil, 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 2026
Lampiran 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2026



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

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

Nama : Dovy Djanas
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang
selanjutnya disebut Pihak Pertama,

Nama : Azhar Jaya
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
selaku atasan Pihak Pertama, selanjutnya disebut Pihak Kedua,

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

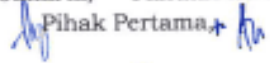
Pihak Kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2026

Pihak Kedua,


Azhar Jaya

Pihak Pertama,


Dovy Djanas

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif pelanggan/ stakeholder				
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.1	IKM 16.4.11 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	90,64 (Nilai)
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2.1	IKM 16.4.10 - Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	70%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3.1	IKM 32.1 - Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU	1%
Perspektif bisnis internal				
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4.1	IKM 33.7 - Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan	50%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5.1	IKM 33.8 - Skor BLU Maturity Rating	Level 4
		5.2	Nilai SAKIP RSUP Dr. M. Djamil Padang	83 Nilai
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	6.1	IKM 16.4.9 - Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	7.1	IKM 16.4.6 - Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%
		7.2	IKM 16.4.7 - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari	≥80%
		7.3	IKM 16.4.8 - Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	≥95%
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	8.1	IKM 16.4.5 - Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan	15%

Halaman 1 dari 2

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
			keseluruhan RS	
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran				
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	9.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 (Nilai)
		9.2	IKM 33.2 - <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%
Perspektif Keuangan				
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	10.1	IKM 16.4.4 - EBITDA margin	10%
Indikator Direktif				
11	Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	11.1	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. M. Djamil Padang	92,75 (Nilai)
		11.2	IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. M. Djamil Padang	82 (Nilai)
		11.3	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. M. Djamil Padang	95%
		11.4	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. M. Djamil Padang	96%

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan
2. Program Dukungan Manajemen

Total Anggaran DIPA RSUP Dr. M. Djamil Padang

Anggaran

Rp. 973.958.753.000,-

Rp. 179.971.044.000,-

Rp. 1.153.929.797.000,-

Pihak Kedua,



Azhar Jaya

Jakarta, Januari 2026.

Pihak Pertama,



Dovy Djanas

Halaman 2 dari 2

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 bisnis yang efektif dan efisien	Operational Excellence	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	70%	70%	70%	70%
	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%

Perspektif	No	Sasaran Strategis	Relevansi terhadap pilar/nilai penggerak	No	Indikator	Target				
						2025	2026	2027	2028	2029
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



Senam Karyawan



Pengabdian Masyarakat



Penyuluhan Rohani

**Dokumentasi
Kegiatan
Media**



Take dan Edit Video
edukasi/ pengabdian masy/
peringatan hari besar/
senam karyawan/
pelayanan konselor



Take dan Edit Video pemasaran/ podcast/ talkshow

Design flyer, poster

Dokumentasi Kegiatan Pemasaran



Pemasaran produk layanan RS
melalui digital

Pemasaran kegiatan edukasi
melalui digital

Pemasaran produk layanan RS
langsung di dalam RS



Pemasaran produk layanan RS
langsung di luar RS

Pameran kesehatan di dalam
provinsi

Pameran kesehatan di luar
provinsi

Sumber: Instalasi Promkes RSMDJ 2025

Penghargaan yang diperoleh RSUP Dr. M Djamil



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

PENGHARGAAN RSUP Dr. M DJAMIL



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