

LAPORAN KINERJA

RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON
SEMESTER I TAHUN 2025



LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON SEMESTER I TAHUN 2025

Ambon, Juli 2025

Direktur Utama



drg. Saraswati, MPH

**Direktur Medik dan
Keperawatan**



dr. Fahmi Maruapey, Sp.An

**Direktur SDM, Pendidikan
dan Penelitian**



Ester Manapa Samparaya, SKM., M.Kes

**Direktur Perencanaan, Keuangan
dan Layanan Operasional**



Nugroho Tam Tomo, SE., M.Kes

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2025 dapat diselesaikan dengan tepat waktu dan disajikan dengan sebaik-baiknya.

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSUP Dr. Johannes Leimena

Ambon dalam pengelolaan sumber daya melalui berbagai program dan kegiatan selama kurun waktu satu tahun. Juga merupakan salah satu cara evaluasi yang obyektif, efisien, dan efektif.

Diharapkan Laporan Kinerja ini dapat memberikan informasi pelaksanaan kegiatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Periode Semester I Tahun 2025 dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam penyempurnaan perencanaan pengembangan dan pelaksanaan program dan kegiatan demi perbaikan yang berkesinambungan (*Continuous Improvement*) bagi RSUP Dr. Johannes Leimena dalam meningkatkan kinerja di tahun yang akan datang.

Ambon, Juli 2025
Direktur Utama,



drg. Saraswati, MPH

EXECUTIVE SUMMARY

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, maka RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon harus melakukan pengukuran kinerja terhadap pencapaian sasaran melalui indikator dan target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025-2029 dan Perjanjian Kinerja yang dituangkan dalam sebuah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP). LAKIP menjadi sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa mendatang.

LAKIP menggambarkan uraian menyeluruh tentang kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), hasil kegiatan program, pencapaian kinerja dan masalah, hambatan serta terobosan sebagai upaya pemecahan masalah dalam pelaksanaan kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu 1 (satu) Tahun.

Pencapaian kinerja untuk Semester I Tahun 2025 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja Semester I tahun 2025 adalah sebesar Rp. 67.981.446.038,- (46.85%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 145.090.446.000,- dengan perbandingan realisasi tahun 2024 sebesar 96.60%.

Pencapaian IKU Direktur Utama untuk Semester I Tahun 2025 secara keseluruhan mencapai 95.9% mengalami peningkatan sebesar 9.7% dari tahun 2024 dengan angka capaian 86.20%. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dari total 14 indikator, 5 indikator tercapai, 9 indikator belum tercapai sesuai target.

Sangat dibutuhkan komitmen semua pihak untuk dapat meningkatkan kinerja dalam upaya mencapai semua target dan kegiatan yang telah direncanakan. Upaya tindak lanjut dengan mereview beberapa target yang belum tercapai dengan melakukan upaya perbaikan serta optimalisasi koordinasi antar unit dalam peningkatan mutu dan produktivitas layanan RS. Dengan adanya LAKIP ini juga diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	I
KATA PENGANTAR	II
RINGKASAN EKSEKUTIF	III
DAFTAR ISI	IV
BAB I PENDAHULUAN.....	5
A. LATAR BELAKANG	5
B. MAKSUD DAN TUJUAN	7
C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA	7
D. PERAN STRATEGIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA	8
E. STRUKTUR ORGANISASI.....	9
F. SUMBER DAYA MANUSIA.....	13
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS.....	17
H. SISTEMATIKA PENULISAN	18
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	20
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	24
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	24
B. Realisasi Anggaran	53
BAB IV PENUTUP.....	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran.....	63
LAMPIRAN I PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025	64
LAMPIRAN II Matriks IKU Berdasarkan 4 (Empat) Perspektif	67
LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN	70

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan ketentuan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2019 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kelola RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon merupakan salah satu UPT Vertikal milik Kementerian Kesehatan yang baru didirikan dan baru dioperasikan untuk pelayanan darurat penanganan covid-19 pada tanggal 27 Mei 2020. Setelah diresmikan oleh Presiden Republik Indonesia Joko Widodo pada tanggal 25 Maret 2021 hingga saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena jenis Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik Anak, Poliklinik Obgyn & Imunisasi, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Mata, Poliklinik saraf, Poliklinik Gigi dan Mulut, Poliklinik Jiwa, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Poliklinik THT, Poliklinik Jantung, Poliklinik Paru, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Bedah Orthopedi dan Poliklinik Urologi, Poliklinik Bedah Saraf, Poliklinik Bedah Onkology, Poliklinik Ginjal-Hipertensi, Poliklinik VCT, Poliklinik Bedah Mulut, Poliklinik Bedah Digestif, Poliklinik BTKV, Poliklinik Penyakit Mulut dan Poliklinik Gizi Klinik), dan Pelayanan Penunjang (Radiologi, Radioterapi, Kemoterapi, Farmasi, Laboratorium, Rehabilitasi Medik, dan Hiperbarik).

Pada tanggal 16 September 2022 terbit Keputusan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata kerja rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menetapkan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai RS Tipe III dengan susunan organisasi yang dipimpin oleh Direktur Utama dan dibantu oleh 3 (Tiga) Direktur teknis yaitu Direktur Medik dan Keperawatan; Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian; dan Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional dalam menjalankan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.

RSUP Dr. Johannes Liemena Ambon juga telah terakreditasi PARIPURNA oleh lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI) sejak 29 Oktober 2022 yang merupakan predikat penilaian terhadap pencapaian kinerja dan komitmen utuh rumah sakit dalam mengutamakan mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan yang diberikan oleh seluruh *Civitas Hospitalia* RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

Diikuti dengan adanya Keputusan Menteri Keuangan Nomor 177 Tahun 2024

tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, sehingga sejak April 2024 RSUP Dr. Johannes Liemena Ambon telah berubah status dari Satker PNBPN menjadi Satker BLU.

Sejalan dengan kebijakan Pemerintah untuk meningkatkan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada tahun 2025 telah menyusun Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2025. PK ini menggambarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target-target pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon selama Tahun 2025. Pengukuran IKU dilakukan secara berkala yang menggambarkan pencapaian sasaran melalui indikator dan targetnya yang dituangkan dalam sebuah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dan serta pengelolaan sumberdaya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan berdasarkan suatu sistem akuntabilitas yang memadai. Dalam perspektif yang lebih luas, maka LAKIP berfungsi sebagai media pertanggungjawaban kepada publik. Semua itu merupakan dukungan, peran aktif dan upaya sinergisitas seluruh elemen dan civitas RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

Adapun dasar pelaksanaan penyusunan LAKIP RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2025 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan LAKIP yaitu :

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Pemerintah;
4. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara
5. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
6. 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;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon;
 8. Kepmenkes No. 169 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging tertentu;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
 10. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 177 Tahun 2024 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan kegiatan RSUP Dr. Johannes Leimena atas pencapaian indikator-indikator kinerja yang ditetapkan di dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2025-2029 yang dilaksanakan selama tahun 2025. LAKIP juga bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan) atas kinerja yang telah dan seharusnya tercapai selama tahun 2025.

Dengan adanya laporan ini diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena dan laporan ini juga dapat dijadikan sebagai pedoman untuk perbaikan yang berkesinambungan bagi RSUP Dr. Johannes Leimena untuk meningkatkan kinerja di tahun yang akan datang.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA

1. Tugas Pokok

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022, RSUP mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUP menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
- c. Pengelolaan pelayanan nonmedis
- 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, kerja sama, dan hubungan masyarakat
- j. Pengelolaan sistem informasi
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

D. PERAN STRATEGIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA

Visi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon :

“Rumah Sakit dengan Pelayanan Jantung, Kanker dan Neonatus Unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan”.

Misi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon :

- a. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung.
- b. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
- c. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
- d. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
- e. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional
- f. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Nilai Organisasi :

Profesional, Integritas, Responsif, Komitmen

Motto :

"Rumah Santun Untuk Pelayanan (RSUP)

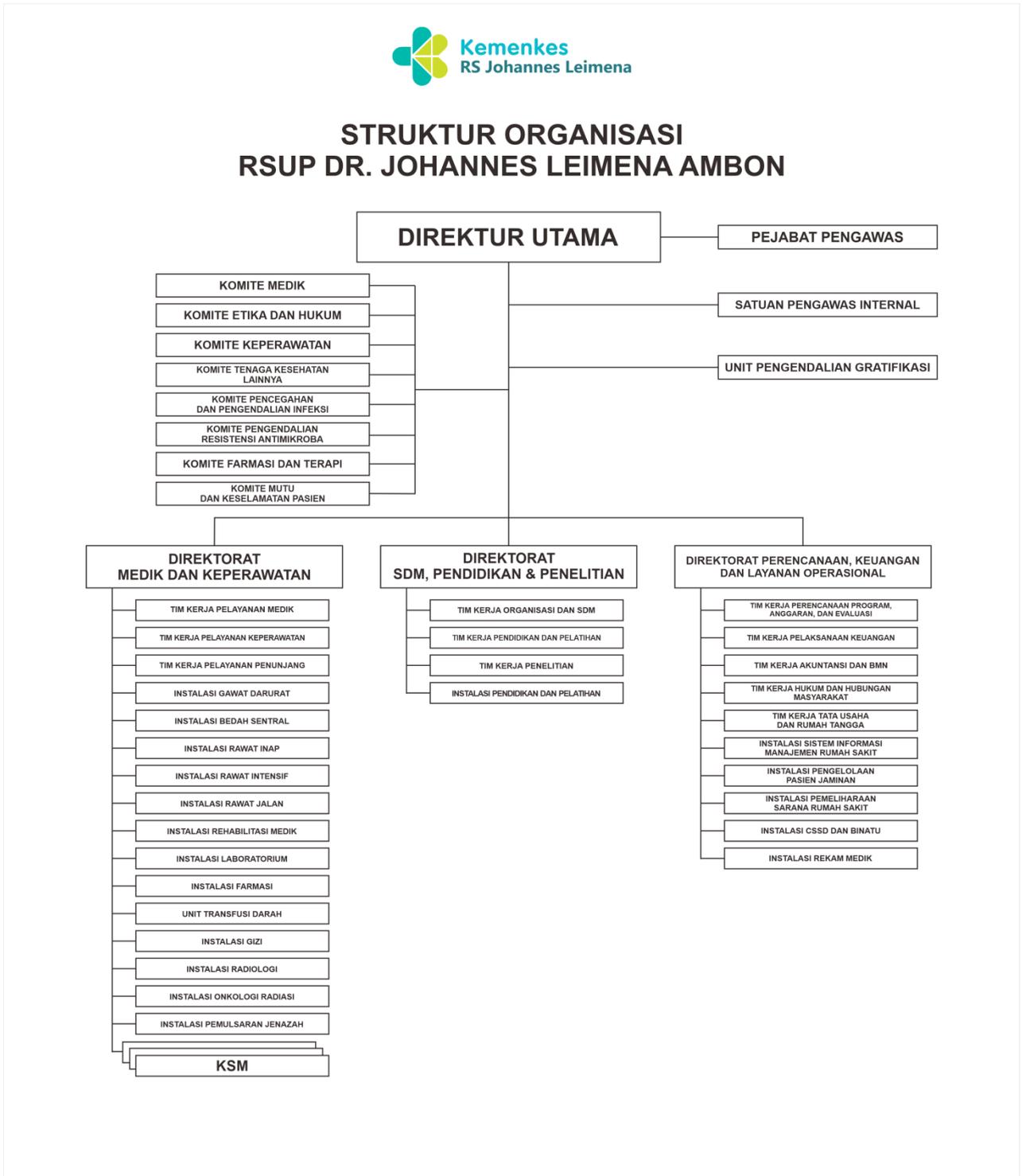
E. STRUKTUR ORGANISASI

Struktur organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena tahun mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata kerja rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menetapkan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai RS Tipe III yang dipimpin oleh Direktur utama dan dibantu oleh 3 (Tiga) Direktur teknis yaitu :

1. Direktur Medik dan Keperawatan;
2. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian; dan
3. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional dengan Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambonn dibawah ini :

Gambar 1.1

Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



Penjabaran secara rinci untuk masing-masing Direktorat dan unit non struktural sebagaimana dibawah ini :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Direktorat Medik dan Keperawatan dipimpin oleh direktur yang bertugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, keperawatan dan nonmedis. Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas :

- 1) Tim Kerja Pelayanan Medik
- 2) Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
- 3) Tim Kerja Pelayanan Penunjang

Di lingkungan Direktorat Medik dan Keperawatan dibentuk instalasi sebagai unit kerja non struktural yang terdiri dari :

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Instalasi Rawat Jalan
- 3) Instalasi Rawat Inap
- 4) Instalasi Rawat Intensif
- 5) Instalasi Bedah Sentral
- 6) Instalasi Farmasi
- 7) Instalasi Laboratorium
- 8) Instalasi Radiologi
- 9) Instalasi Radioterapi
- 10) Instalasi Gizi
- 11) Instalasi Rehab Medik
- 12) Instalasi Pemulasaran Jenazah
- 13) Unit Transfusi Darah

2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh direktur yang bertugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian terdiri atas :

- 1) Tim Kerja Organisasi dan SDM
- 2) Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
- 3) Tim Kerja Penelitian

Di lingkungan Direkotrat SDM, Pendidikan dan Penelitian dibentuk instalasi sebagai unit kerja non struktural yaitu Instalasi Pendidikan dan Pelatihan.

3. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional dipimpin oleh direktur yang bertugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional terdiri atas :

- 1) Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi
- 2) Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
- 3) Tim Kerja Akuntansi dan BMN
- 4) Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
- 5) Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga

Di lingkungan Direkotrat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional dibentuk instalasi sebagai unit kerja non struktural yang terdiri dari :

- 1) Instalasi Pemeliharaan Prasarana Rumah Sakit
- 2) Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
- 3) Instalasi Rekam Medis
- 4) Instalasi Pengelolaan Pasien Jaminan
- 5) Instalasi CSSD dan Binatu

Selain 3 (Tiga) direktorat di atas, dibentuk unit non struktural meliputi komite dan SPI. Komite yang berfungsi memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite PPI, Komite Etik dan Hukum, dan Komite Mutu.

Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

F. SUMBER DAYA MANUSIA

Pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2025 tidak terlepas dari ketersediaan dan penguatan sumber daya yang dimiliki baik itu sumber daya manusia, sarana dan prasarana.

1. Sumber Daya Manusia

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki Sumber Daya Manusia 774, terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga Kesehatan lainnya dan tenaga non Kesehatan. Komposisi SDM berdasarkan data per 30 Juni 2025 adalah sebagai berikut :

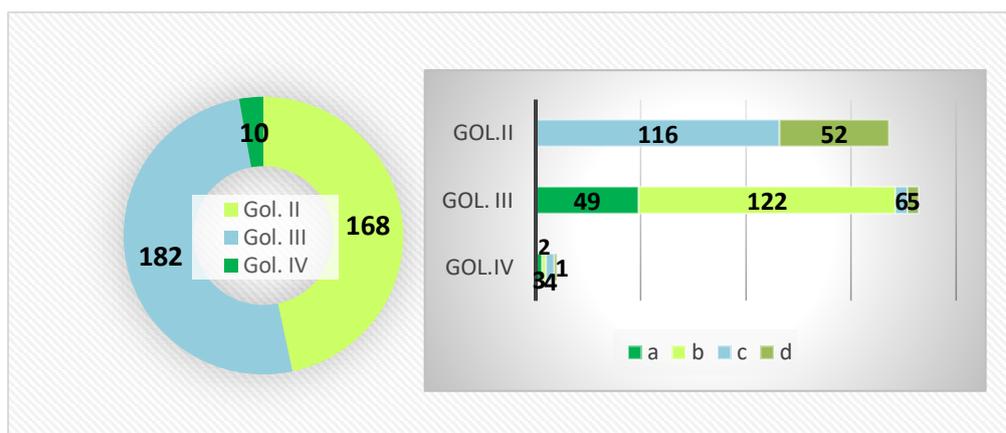
Tabel 1.1 Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Dr. Johannes Leimena

NO	JENIS KETERANGAN	STATUS KETERANGAN					JUMLAH	%
		PNS	CPNS	PPNPN	PPPK	VISITING/ PERBANTUAN/ MITRA/ OUTSOURCING/ PDGS/ INTERNSHIP		
1	Dokter Spesialis	12	1	11	0	36	60	7.75%
2	Dokter Umum	20	2	2	0	19	43	5.56%
3	Dokter Gigi	2	1	0	0	4	7	0.90%
4	Perawat	172	0	18	47	-	237	30.62%
5	Bidan	14	0	1	0	-	15	1.94%
6	Tenaga Profesional Kesehatan Lain	78	6	13	12	-	109	14.08%
7	Tenaga Non Kesehatan	59	9	111	5	119	303	39.15%
JUMLAH		357	19	156	64	178	774	100%

Sumber data: Data SDM Per Juni 2025, Timker OSDM

Dari tabel di atas terlihat proporsi tenaga PNS sejumlah 357 orang (46,12%), PPNPN sejumlah 156 orang (20,15%), PPPK sejumlah 64 orang (8,27%), CPNS sejumlah 19 orang (2,45%) dan tenaga Visiting / Internship / Perbantuan / Mitra / Outsourcing / PGDS sejumlah 178 orang (23%)

Grafik 1.1. Jumlah SDM berdasarkan Golongan



Berdasarkan Grafik tersebut terlihat persentase SDM untuk tenaga PNS berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 182 orang (50.98%) dengan proporsi terbanyak pada gol. III/b sebanyak 122 orang.

2. Sumber Daya Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan (SPA)

Luas lahan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yaitu 4,6 Ha. Pembangunan Gedung RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dimulai pada tahun 2018 dengan rencana luas gedung pengembangan tahap I yaitu 32.218,4 m². Pembangunan dilanjutkan pada tahun 2019 hingga rumah sakit dapat operasional pada tahun 2020. Gedung rumah sakit terdiri dari Gedung utama dengan 8 lantai, Gedung utility dan penunjang pada lahan seluas 4,6 Ha dengan rencana pengembangan hingga 9,2 Ha.

RSUP Dr. Johannes Leimena telah dilengkapi dengan peralatan sesuai standar Rumah Sakit di antaranya:

Tabel 1.2 Peralatan Medik

PERALATAN MEDIK	
MRI 1,5 Tesla	Endoscopy
CT-Scan Multi Slice 128 Slice	Hiperbarik Chamber
Digital Xray	EEG dan EMG
C-Arm	Ventilator Dewasa
Mammography	Ventilator Neonatus dan CPAP
Dental Panoramic	Peralatan Diagnostik Mata
Cathlab	Peralatan Kamar Operasi
Echo Cardiography	Peralatan Haemodialisa

PERALATAN MEDIK	
USG 4D	Peralatan Rehabilitasi Medik
Laparascopy	Peralatan Ruang Intensive (ICU,ICCU,PICU dan NICU)
CT-Simulator	LINAC
PERALATAN PENUNJANG	
Peralatan Laboratorium	Sistem Informasi SIMGOS 2
Peralatan CSSD	Picture Archiving Communication System (PACS)
Peralatan Laundry	Pneumatic Tube
UTILITAS	
Kapasitas daya listrik 3.316 kVA	Pneumatic tube 29 titik
Genset 1.500 kVA x 3 unit	Fire suppression 26 titik
Air baku 429 m3 dan WTP 145 m3	Trafo: 2.500 kVa x 2 unit
Sumber air: deep well 3 titik	Pengolahan Limbah <i>Bio Filter Aerob -Anaerob</i>

Jumlah sarana tempat tidur rawat inap berdasarkan SK Direktur Utama No. HK.02.03/D.XXXIII/0610/2025 tentang Perubahan Alokasi Tempat Tidur Ruang Perawatan Rawat Inap adalah 227 TT yang terdiri dari:

Tabel 1.3 Jumlah Tempat Tidur Ruang Perawatan Rawat Inap

NO	RUANG PERAWATAN	VVIP	VIP	KELAS			ISOLASI	NON KELAS	TOTAL
				I	II	III			
KELAS RAWAT INAP STANDAR JKN									
1	Lantai 4	-	-	-	-	24	-	-	24
2	Lantai 5	-	-	-	-	40	-	-	40
3	Lantai 6	-	-	-	18	16	-	-	34
4	Lantai 7	-	-	-	39	-	-	-	39
KELAS RAWAT INAP NON KELAS RAWAT INAP STANDAR JKN									
5	Lantai 3								
	▪ Ruang Obstetri	-	-	2	3	5	1	-	11
	▪ ICCU	-	-	-	-	-	-	6	6
	▪ ICU	-	-	-	-	-	2	8	10
	▪ PICU	-	-	-	-	-	2	5	7
	▪ NICU	-	-	-	-	-	4	10	14

NO	RUANG PERAWATAN	VVIP	VIP	KELAS I	KELAS II	KELAS III	ISOLASI	NON KELAS	TOTAL
6	Lantai 5						1	-	1
7	Lantai 6			14			1		15
8	Lantai 7	-	-	14	-	-	1	-	15
9	Lantai 8								
	▪ VVIP	2	-	-	-	-	-	-	2
	▪ VIP		8	-	-	-	1	-	9
JUMLAH TOTAL		2	8	30	60	85	13	29	227

Selain sarana di atas RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon juga memiliki kamar operasi dengan sarana yaitu ruang tindakan operasi cito 1 kamar operasi, dan 5 kamar operasi elektif, dan 1 ruang cathlab hybrid.

3. Sumber Daya Keuangan

Alokasi dana yang ada dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) TA 2025 adalah sebesar **Rp. 145.090.446.000,-** yang digunakan untuk pembiayaan pelaksanaan program/kegiatan. Berikut uraian pagu anggaran Periode Tahun 2024 :

Tabel 1.3 Pagu Anggaran TA 2025

NO	URAIAN	ANGGARAN
1	BLU	60.713.983.000
2	Saldo Awal	14.127.671.000
3	Rupiah Murni (RM)	70.248.792.000
JUMLAH		145.090.446.000

G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS

Gambar 1.2

Transformasi Sistem Kesehatan 2021 - 2024

Transformasi sistem kesehatan 2021-2024

5 RPJMN dan 6 pilar transformasi



Sebagai sebuah organisasi yang bergerak di bidang kesehatan, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon berupaya menyediakan jasa layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan orientasi kerja yang tidak hanya mencari keuntungan, namun memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat sebagai pengguna layanan, serta memperhatikan efisiensi proses bisnis dan kepuasan pegawai.

Sesuai dengan program strategis Kementerian Kesehatan yaitu transformasi sistem kesehatan, salah satunya transformasi layanan rujukan dengan meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier maka Rumah Sakit khususnya UPT Vertikal Kementerian Kesehatan berupaya melakukan transformasi tersebut dengan peningkatan layanan unggulan seperti layanan jantung, kanker, dan kemaritiman. Adapun upaya yang akan dilakukan untuk mewujudkan transformasi dengan berfokus pada upaya / program berikut :

1. Peningkatan kualitas layanan kesehatan sebagaimana amanat yang diberikan Kementerian Kesehatan demi terwujudnya RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Rumah sakit rujukan pertama dan utama di Kawasan Indonesia Timur
2. Optimalisasi pemberdayaan SDM kesehatan yang telah dimiliki dengan upaya peningkatan kompetensi dan kualitas pelayanan, serta meningkatkan motivasi dan kinerja personalia RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon

3. Pembenahan dan pemanfaatan sarana dan prasarana secara optimal sebagai investasi dalam efektivitas dan produktivitas layanan
4. Menciptakan peluang kerjasama dengan dunia industri dan dunia usaha yang belum dapat dimanfaatkan secara maksimal
5. Menjadikan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki manajemen yang professional dengan kreatifitas dan inovasi

H. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon adalah sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang dihadapi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Pada bab ini dijabarkan ringkasan rencana strategis tahun 2025-2029 yang memuat perjanjian kinerja tahun berjalan.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini dipaparkan capaian kinerja organisasi sesuai dengan penetapan kinerja yang memuat sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja dan dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun-tahun sebelumnya;
3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang ada dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
4. Analisis faktor keberhasilan/kegagalan atau peningkatan /penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;

6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian penetapan kinerja.

B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang terlaksana dan digunakan untuk mewujudkan ketercapaian kinerja organisasi sesuai dokumen Perjanjian Kinerja.

BAB IV PENUTUP

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah strategis selanjutnya di masa mendatang dalam upaya peningkatan capaian kinerja.

LAMPIRAN

1. Perjanjian Kinerja Tahun 2025
2. Matriks IKU berdasarkan 4 (Empat) Perspektif Tahun 2025
3. Laporan Keuangan Tahun 2025

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2025-2029

Rencana Strategis Bisnis (RSB) merupakan dokumen perencanaan yang memuat kerangka kerja strategis dalam menetapkan tujuan bisnis dan langkah-langkah prioritas apa yang akan diambil melalui penetapan kebijakan, program dan rencana kerja operasional. RSB dijadikan sebagai perangkat strategis bagi manajemen dalam menentukan arah dan gerak organisasi berdasarkan asumsi operasional dan finansial.

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai UPT Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya telah menyusun RSB yang berisi tujuan, sasaran strategis dan target yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Renstra Kementerian Kesehatan, yang kemudian di *cascading* ke dalam Sasaran Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon demi terwujudnya visi "Rumah Sakit dengan Pelayanan Jantung, Kanker dan Neonatus Unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan".

Adapun gambaran umum dari Renstra RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2025-2029 adalah sebagai berikut :

B. SASARAN STRATEGIS DAN IKU

Dalam Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2025-2029, sasaran strategis dibagi dalam 4 (empat) perspektif, yaitu perspektif *Stakeholder*, perspektif Proses Bisnis Internal, Perspektif *Learning and Growth*, dan perspektif Finansial. Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan salah satu tolak ukur dalam menghitung tingkat keberhasilan atas tercapainya sasaran strategis yang dibuat. Secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 2.1.
Matriks Indikator Kinerja Utama
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2025-2029

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET					
			2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	4	10%	1%	-	-	-	-
2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	9	-	Baik (76,61-88,3)	-	-	-	-
3	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	5	-	50%	-	-	-	-
4	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	4	-	0,5%	-	-	-	-
5	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	10	-	25%	-	-	-	-
6	BLU Maturity Rating	7	-	Level 2	-	-	-	-
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	7	-	70%	-	-	-	-
8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	10	-	A-D: <1,0 ‰	-	-	-	-
9	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	10	-	80%	-	-	-	-
10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	7	-	10%	-	-	-	-
11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	7	-	Puas (76,61-88,3)	-	-	-	-
12	Training Effectiveness Index	4	-	70%	-	-	-	-

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET					
			2024	2025	2026	2027	2028	2029
13	Nilai Kinerja Penganggaran	8	-	80,1	-	-	-	-
14	Realisasi Anggaran	8	-	95%	-	-	-	-

C. Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja atau kesepakatan kinerja antara atasan dan bawahan dalam hal ini Direktur Utama RSUP Dr. Johannes Leimena dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai atasan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan sumber daya yang dimiliki oleh RSUP Dr. Johannes Leimena. Untuk melaksanakan sasaran yang telah ditetapkan Perjanjian Kinerja yang tertuang dalam beberapa indikator sebagai berikut :

Tabel 2.2.

Matriks Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2025

No.	Sasaran Kegiatan		Indikator Kinerja Kegiatan	Target
1	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%
2	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)
3	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	3	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%
4	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	4	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%
5	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	5	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
6	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	6	BLU Maturity Rating	Level 2

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
7	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien Kementerian Kesehatan	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
8	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	A-D: <1,0 %
		9	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
9	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%
10	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
		12	Training Effectiveness Index	70%
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14	Realisasi Anggaran	95%

Pada Perjanjian Kinerja di atas terdapat 3 (tiga) indikator kinerja kegiatan yang merupakan *mandaroty* dari Sekretaris Jenderal Kesehatan Lanjutan yang terdiri dari indikator Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja, Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan, dan Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan.

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah alokasi anggaran pada DIPA sebesar Rp 145.090.446.000, yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp 75.841.654.000 dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 69.248.792.000, yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 70.248.792, Saldo Awal sebesar 14.127.671.000 dan BLU sebesar 60.713.983.000.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan dari Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2025 — 2029. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang telah dilakukan oleh satuan kerja sehingga dapat memperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator kinerja. Hasil pengukuran kinerja tersebut selanjutnya dievaluasi dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di tahun selanjutnya, agar diperoleh hasil yang lebih baik dibandingkan dengan tahun ini.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja yang dilakukan adalah bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program dan kegiatan kepada stakeholder baik internal maupun eksternal dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2025 — 2029 dan Penetapan Kinerja tahun berjalan.

Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah mengukur pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) atau *Key Performance* Indikator. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dimaksud adalah indikator yang terdapat dalam kontrak kinerja yang diperjanjikan antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam upaya pencapaian tujuan dan sasaran yang terdapat dalam Rencana Strategis Tahun 2025 — 2029. Capaian IKU juga merupakan indikator *Outcome* untuk mengukur keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan sasaran yang dibagi dalam 4 aspek yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.1
Aspek Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2025 Semester I

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Stakeholder	18	14.32
2.	Aspek Proses Bisnis Internal	67	80.04
3.	Aspek Learning and Growth	11	1.69
4.	Aspek Financial	4	-0.15
Total		100	95.9%

Pencapaian pada semester I tahun 2025 secara keseluruhan mencapai 95.9% dengan rincian capaian pada lampiran II. Jika dibandingkan dengan capaian Tahun 2024 sebesar 86.20% sudah sangat baik, namun masih terdapat 2 IKU yang belum dilaporkan karena diukur dan dilaporkan di periode berikutnya.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama untuk Rencana Strategis Bisnis Periode 2025 — 2029 yang merupakan upaya berkelanjutan dalam mewujudkan kualitas pelayanan yang diterjemahkan dalam sasaran strategis dan *Key Performance Indikator*.

Berikut ini pemaparan capaian Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) RSUP Dr. Johannes Leimena semester I tahun 2025 :

**Matriks Capaian Indikator Kinerja Utama RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
Semester I Tahun 2025**

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Semester I 2025
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%	-37%
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	85.79%
Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	3	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	40%
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	4	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%	0.03%
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	5	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	78.8%
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	6	BLU Maturity Rating	Level 2	Belum Periode Perhitungan
Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien Kementerian Kesehatan	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	59%
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	A-D: <1,0 ‰	A= 0.1 ‰ B= 0 ‰ C= 0 ‰ D= 0 ‰
	9	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	100%
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	13.9%
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	Belum Periode Perhitungan
	12	Training Effectiveness Index	70%	29.66%
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	65.77
	14	Realisasi Anggaran	95%	46.85%

Dari Tabel diatas terlihat realisasi capaian IKU Periode Semester I Tahun 2025 dari 14 indikator yang diukur terdapat 5 Indikator yang telah memenuhi target dan 9 indikator belum dapat tercapai sesuai target. Berikut analisa capaian kinerja berdasarkan sasaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Periode Tahun 2025 yang telah dilaporkan sebagai berikut :

I. PERSPEKTIF STAKEHOLDER

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek Stakeholder dibagi dalam 3 sasaran strategis dengan masing-masing 1 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

1. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA LAYANAN TERBAIK LEVEL ASIA IKU-1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

▪ Definisi Operasional

Tujuan utama dilakukannya kegiatan Survey Kepuasan Pasien (customer satisfaction survey/ CSS) adalah untuk membantu manajemen menyusun langkah strategis baru dalam rangka layanan kepada pasien serta mengetahui apa yang menjadi kekurangan dari sisi customer/ pasien. Kegiatan CSS merupakan kegiatan survey untuk mendapatkan respon dari pelanggan tentang tingkat kepuasan atas kualitas produk dan layanan di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon secara keseluruhan.

Survey ini menggunakan model Responsiveness, Assurance, Tangible, Emphaty dan Reliability (RATER) sebagai model analisis. Mengingat jenis pelayanan sangat beragam dengan sifat dan karakteristik yang berbeda, maka untuk memudahkan penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) unit pelayanan diperlukan pedoman umum yang digunakan sebagai acuan bagi instansi, pemerintah pusat, pemerintah provinsi dan kabupaten/kota untuk mengetahui tingkat kinerja unit pelayanan di lingkungan instansi masing-masing, maka untuk mengukur Indeks Kepuasan Masyarakat digunakan Kepmenpan No 25 2004, yang kemudian dikembangkan menjadi 15 unsur yang “relevan, valid” dan “reliabel”, sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut:

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;

- b. Persyaratan Pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administrative yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
- c. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya);
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
- f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
- g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan;
- h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
- i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
- j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
- k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan;
- l. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan;
- m. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan;
- n. Keamanan Pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.

- o. Pengelolaan Saran dan aduan, yaitu pelaksanaan pengelolaan saran dan aduan pasien meliputi kemudahan pelanggan dalam menyampaikan saran dan aduan dan penanganannya hingga tuntas.

Namun mengacu pada surat Plt. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor YM.01.02/IV/3732/2022 tanggal 13 November 2022 perihal Standarisasi alur dan Sistem Pelaporan Pencatatan Keluhan Pasien yang memuat arahan salah satunya untuk melakukan standarisasi form Survey Kepuasan Pasien, unsur minimal yang awalnya 15 menjadi 9 unsur yang di survey yaitu :

1. Persyaratan Administrasi
2. Kemudahan Akses Pelayanan
3. Kecepatan Waktu
4. Kewajaran Biaya
5. Kesesuaian Informasi Pelayanan
6. Kemampuan Dan Keterampilan Petugas
7. Perilaku Petugas
8. Penanganan Aduan/Keluhan
9. Kualitas Kamar Mandi
10. Pelayanan Perpajakan

▪ **Cara Perhitungan**

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

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

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

Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei

kepuasan tiap unsur

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- a. Menentukan jenis survey yang akan dilakukan
- b. Menentukan lokasi survey
- c. Menentukan populasi dan sampel
- d. Menganalisis cara pengumpulan data
- e. Melakukan pengolahan dan penyajian data, dan
- f. Melakukan Analisa data

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Skor Kepuasan Pelanggan	Baik (76.61-88.3)	85.79%

Setelah dilakukan pengolahan data berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017, secara keseluruhan Indeks Kepuasan Pelanggan sudah memenuhi **Kriteria Pelayanan Baik / B** dengan persentase kepuasan sebesar **85.79%**.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator Skor Kepuasan Pelanggan merupakan Indikator Direktif baru sehingga tidak memiliki angka pemanding pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Mengoptimalkan dan berkelanjutan dalam upaya kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan pelanggan
- 2) Mengimplementasikan prosedur pelayanan sesuai standar yang ada
- 3) Peningkatan kompetensi seluruh staf melalui Pendidikan dan pelatihan
- 4) Mempertahankan pelayanan yang telah ada dan diupayakan peningkatan yang simultan.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Melakukan upaya reminder secara terus-menerus ke masing-masing PJ Ruang untuk mengedukasi pelanggan agar pasien mengisi survey Kepuasan di setiap unit layanan
- 2) Selalu memberikan afirmasi positif kepada pasien, mengoptimalkan service excellent dan patient oriented di seluruh unit layanan.

2. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA PENYELENGGARAAN PENGAMPUAN NASIONAL UNTUK PENYAKIT PRIORITAS

IKU-2. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target

▪ **Definisi Operasional**

- 1) 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.

- 2) 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, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

▪ **Cara Perhitungan**

Rumus :

$$\left(\frac{\text{rumah sakit yang berhasil diampu}}{\text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}} \right) \times 100\%$$

Lima (5) rumah sakit yang diampu RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yaitu RSUD Piru, RSUD Masohi, RSUD Kabupaten Buru, RSUD Bula, RSUD Karel Sadsuitubun. Triwulan II ini RSUP Dr. Johannes Leimena baru dapat mengampu dua (2) rumah sakit yaitu RSUD Piru dan RSUD dr. P.P. MAGRETTI, Saumlaki (meskipun RSUD dr. P.P. MAGRETTI bukan bagian dari lima RS dalam target awal)

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Visitasi langsung ke RSUD PIRU sebagai RS pertama yang di ampu
- 2) Surat permintaan pengampuan telah dikirim ke RSUD Masohi, namun hingga akhir TW II belum mendapat tanggapan resmi.
- 3) Merespons permintaan RSUD dr. P.P. MAGRETTI untuk pengampuan, telah dilakukan komunikasi awal dan penyusunan rencana pendampingan meskipun RSUD dr. P.P. MAGRETTI bukan bagian dari lima RS dalam target awal.
- 4) Persetujuan Pengampuan KIA dari RSUD dr. P.P. MAGRETTI
- 5) Pembentukan SK Tim dari RSUD dr. P.P. MAGRETTI
- 6) Assesment oleh Rumah Sakit pengampu
- 7) Melakukan koordinasi internal dan penguatan tim pengampu untuk persiapan supervisi ke RS lain

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	40%

Indikator belum memenuhi capaian kinerja yang ditetapkan. Dari 5 RS yang harus diampu (RSUD Masohi, RSUD Piru, RSUD Kabupaten Buru, RSUD Bula dan RSUD Karel Sadsuitubun) baru 1 RS yang terealisasi yaitu RS Umum Daerah Piru dan meskipun RS Umum Daerah dr. P.P. MAGRETTI bukan bagian dari lima RS dalam target awal.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target merupakan Indikator Direktif baru sehingga tidak memiliki angka pemanding pada periode sebelumnya

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Pada Semester I kegiatan pengampuan KIA di RS Umum Daerah Piru telah dilakukan visitasi dan berhasil di ampu. Adanya permintaan pengampuan dari RS Umum Daerah dr. P.P Magretti, meskipun di luar target awal. RS Umum Daerah Masohi meskipun telah dilakukan pengiriman surat resmi, namun belum ada respon sedangkan rumah sakit lainnya (RSUD Bula, RSUD Karel Sadsuitubun dan RSUD Kabupaten Buru) belum ada komunikasi atau visitasi.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Segera bentuk dan fungsikan tim pengampu KIA internal RSUD Piru dan RSUD dr. P.P. MAGRETTI untuk mulai merancang rencana kerja dan koordinasi teknis
- 2) Follow-up aktif kepada RSUD Masohi melalui komunikasi alternatif (telpon, WhatsApp, koordinasi via Dinkes)
- 3) Memanfaatkan momentum permintaan dari RSUD dr. P.P. MAGRETTI sebagai peluang memperluas jejaring meskipun tetap menjaga prioritas terhadap RS dalam daftar target.
- 4) Menjadwalkan pertemuan teknis awal untuk sinkronisasi rencana kerja, timeline dan pembagian peran dengan RSUD Piru dan RSUD dr. P.P. Magretti
- 5) Segera melakukan Assessment awal pelayanan KIA di RSUD dr. P.P. Magretti sebagai dasar penguatan layanan
- 6) Tetapkan target untuk Triwulan III dan seterusnya berdasarkan hasil assessment awal dan kapasitas RSUD Piru dan RSUD dr. P.P. Magretti

- 7) Melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk membantu mengkomunikasikan pentingnya program pengampunan dan percepatan pelaksanaan.

3. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA PUSAT PENDIDIKAN, PELATIHAN DAN PENELITIAN YANG BERKESINAMBUNGAN

IKU-3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian

▪ Definisi Operasional

- 1) Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit.
- 2) Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN.
- 3) Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis.
- 4) Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022.
- 5) Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan adalah jumlah penelitian yang dilakukan baik oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan maupun mahasiswa dari institusi kesehatan.
- 6) Persentase jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi adalah jumlah pendapatan dari riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi (pendekatan medis yang menggunakan data karakteristik setiap pasien).
- 7) Proporsi pendapatan yang didapat dari riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi dibandingkan dengan total pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian.

▪ Cara Perhitungan

- 1) % Pendapatan Yang Diperoleh Dari Semua Penelitian
(total pendapatan dari semua penelitian ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%.
- 2) % Jumlah Riset Yang Berhubungan Dengan Kedokteran Presisi
(total penelitian yang berhubungan dengan kedokteran presisi ÷ total

penelitian) x 100%.

- 3) % Jumlah Pendapatan Yang Diperoleh Dari Riset Yang Berhubungan Dengan Kedokteran Presisi
(total pendapatan dari penelitian yang berhubungan dengan kedokteran presisi ÷ total pendapatan dari penelitian) x 100%.

▪ **Rencana Aksi dan upaya yang dilakuka**

- 1) Pengusulan anggaran program penelitian internal dan reward bagi tenag kesehatan yang melakukan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 2) Usulan pelatihan yang diperlukan oleh tenaga medis dan kesehatan terkait kegiatan penelitian.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.5%	0.03%

Dari tabel capaian terlihat angka persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian belum memenuhi target. Pendapatan dari hasil penelitian masih sangat rendah yaitu Rp 13.350.500 dibandingkan dengan pendapatan Operasional Rp 40.414.854.572.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan IKU-3 Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian sebagai berikut:

- 1) Tingkat peminatan tenaga kesehatan dalam melakukan penelitian masih rendah
- 2) Fasilitas operasional seperti komputer dan printer belum tersedia
- 3) Belum terbentuknya Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) di Rumah Sakit

4) Anggaran untuk program penelitian internal RS belum diadakan

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Koordinasi terkait persyaratan pembiayaan penelitian
- 2) Usulan tambahan staf dalam tim kerja penelitian
- 3) Membentuk Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)

II. PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek Internal Business Process dibagi dalam 6 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

4. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA SISTEM IT DAN TEKNOLOGI KESEHATAN YANG ANDAL

IKU-4. Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

▪ **Definisi Operasional**

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back office.

Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:

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

Catatan:

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

- 3) Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan SDM/HRD
- 4) Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK

▪ **Cara Perhitungan**

$$(\sum (a*W) + (b*W) + (c*W) + (d*W) + (e*W))$$

* W = weight/bobot

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

1. Melakukan pemetaan proses bisnis dan kebutuhan integrasi setiap sistem.
2. Membentuk tim teknis untuk pengelolaan integrasi sistem IHS.
3. Penyesuaian format data dan pengembangan API untuk integrasi.
4. Melakukan uji coba sistem sebelum implementasi penuh.
5. Koordinasi dengan pihak eksternal seperti Kemenkes dan BPJS.
6. Pelatihan internal untuk SDM terkait penggunaan dan pengelolaan sistem terintegrasi.
7. Implementasi monitoring dan evaluasi berkala atas data yang terintegrasi.
8. Penguatan infrastruktur jaringan dan sistem keamanan informasi.
9. Pengembangan dashboard dan otomatisasi pelaporan untuk efisiensi.
10. Sosialisasi kepada pengguna (internal dan eksternal) terkait system terintegrasi.
11. Review berkala terhadap performa sistem dan data integrasi

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	78.8%

Indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan sudah memenuhi target yang ditentukan yaitu 78.8% dari 5 Intergrasi yaitu RME ke SatuSehat1, Pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS, Sistem Inventory2, Human Resources Information System (HRIS) Data dan Administrasi Pegawai dengan SIRS3, dan Finance Information System dengan SIRS4.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Saat ini permasalahan proses pendaftaran tidak mencapai 100% karena terkendala dengan beberapa case-case yang masih belum bisa dipenuhi oleh sistem baik sistem milik rumah sakit maupun sistem milik asuransi maupun BPJS.
- 2) Permasalahan untuk system remunerasi yang saat ini belum mencapai 100% karena hasil perhitungan yang ditampilkan pada Aplikasi Remunerasi belum sama dengan yang dibayarkan. Hal ini disebabkan karena perhitungan remunerasi dan perhitungan potongan yang masih dalam proses pembahasan
- 3) Untuk aplikasi keuangan saat ini masih dalam proses pengumpulan data dan juga pengembangan aplikasi
- 4) Semua proses ini juga terkendala dengan jumlah programmer yang masih sedikit sehingga Tim Programmer masih fokus dalam pembuatan maupun pengembangan aplikasi lainnya.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait
- 2) Memperkuat kerja sama antara tim IT dan unit terkait (keuangan, pelayanan, kepegawaian) untuk mempercepat sinkronisasi kebutuhan sistem.

5. SASARAN STRATEGIS : Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel

IKU-5. Skor BLU Maturity Rating

▪ Definisi Operasional

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

1) Result Based

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

2) Process Based

a. 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.

b. 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

▪ Cara Perhitungan

Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas

Skor Maturity Reting = Keseluruhan jumlah total skor dari aspek:

- 1) Keuangan
- 2) Pelayanan
- 3) Kapabilitas Internal

- 4) Tata Kelola dan Kepemimpinan
- 5) Inovasi; dan
- 6) Lingkungan

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Menunggu hasil penilaian dari tim Kanwil DJPb Provinsi Maluku Kementerian Keuangan dan PPK BLU (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum)

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Skor BLU Maturity Rating	Level 2	-

Dari tabel capaian IKU Skor BLU Maturity Rating belum ada realisasi disebabkan masih menunggu hasil penilaian dari tim Kanwil DJPb Provinsi Maluku Kementerian Keuangan dan PPK BLU (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum). Sehingga untuk Semester I belum terealisasi.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

IKU Skor BLU Maturity Rating merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Ketidakberhasilan IKU Skor BLU Maturity Rating disebabkan karena belum ada hasil penilaian dari tim Kanwil DJPb Provinsi Maluku Kementerian Keuangan dan PPK BLU (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum). Dimana hasil dari penilaian akan terlihat pada aplikasi BIOS. Pada tanggal 30 Juni 2025 telah diajukan usulan self assessment Maturity Rating dengan skor 3,24.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Menunggu hasil penilaian dari tim Kanwil DJPb Provinsi Maluku Kementerian Keuangan dan PPK BLU (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum)
- 2) Menjadikan hasil penilaian Skor BLU Maturity Rating Tahun 2024

- 3) sebagai acuan untuk penyusunan dokumen untuk Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025.

6. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA PROSES BISNIS YANG EFEKTIF DAN EFISIEN

IKU-6. Bed Occupany Rate (BOR)

▪ Definisi Operasional

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah indikator yang digunakan untuk mengukur tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit dalam suatu periode tertentu. BOR menunjukkan seberapa besar proporsi tempat tidur yang digunakan oleh pasien rawat inap dibandingkan dengan jumlah tempat tidur yang tersedia.

Tujuan Pengukuran BOR adalah untuk menilai efisiensi dan tingkat pemanfaatan fasilitas tempat tidur rumah sakit dalam pelayanan rawat inap.

Adapun Komponen utama perhitungan BOR, yaitu :

Komponen	Penjelasan
Hari Perawatan (<i>Patient Days</i>)	Jumlah total hari tempat tidur yang ditempati pasien dalam periode tertentu. Satu pasien yang dirawat selama 3 hari = 3 patient days.
Jumlah Tempat Tidur Tersedia (<i>Available Beds</i>)	Jumlah tempat tidur yang tersedia dan siap digunakan untuk pelayanan rawat inap selama periode tertentu.
Jumlah Hari dalam Periode	Jumlah hari dalam bulan atau periode pengamatan (misalnya 30 hari untuk bulan April).

▪ Cara Perhitungan

$$\text{BOR} = \left(\frac{\text{Jumlah Hari Perawatan}}{\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah Hari dalam Periode}} \right) \times 100\%$$

Interpretasi Hasil

Nilai BOR	Interpretasi
<60%	Rendah – tempat tidur kurang dimanfaatkan, bisa menandakan ketidakefisienan atau rendahnya kunjungan pasien.
60–85%	Ideal – menunjukkan pemanfaatan yang efisien dan optimal.
> 85%	Tinggi – berpotensi menunjukkan overload, risiko penurunan kualitas layanan.

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

Adapun rencana dan upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) diantaranya, yaitu :

1. Meningkatkan Kualitas Pelayanan Rawat Inap
2. Meningkatkan Kepuasan Pasien
3. Melakukan penambahan TT pada kelas perawatan dengan angka rawat inap yang tinggi
4. Efisiensi waktu rawat dengan melakukan percepatan diagnosis, terapi, dan administrasi pulang agar turnover pasien meningkat.

▪ Pencapaian Kinerja

IKU	Target	Realisasi
<i>Bed Occupany Rate</i> (BOR)	70%	59%

Target pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu 70%. Adapun pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) pada Semester I 2025 yaitu 59% sehingga belum memenuhi target. BOR yang rendah menunjukkan bahwa tempat tidur rawat inap tidak dimanfaatkan secara optimal.

▪ Perbandingan Realisasi Kinerja

Bed Occupany Rate (BOR) merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor ketidakberhasilan disebabkan beberapa hal diantaranya :

- 1) Jumlah TT yang rusak/tidak digunakan yang masih masuk dalam jumlah total TT efektif.

- 2) Faktor musiman seperti musim penyakit tertentu yang mempengaruhi jumlah pasien dan pemakaian TT.
- 3) Keterlambatan konfirmasi pasien pulang melalui SIMRS yang memperpanjang hari perawatan Pasien atau kepatuhan jam pemulangan pasien belum optimal sehingga berdampak pada lama tunggu pasien IGD / Elektif.
- 4) Adanya layanan yang tidak beroperasi seperti cathlab, jumlah layanan yang tersedia akan mempengaruhi BOR
- 5) Ketersediaan jumlah SDM dan ketersediaan bed sesuai kriteria pasien (Isolasi, Infeksi, Anak/Dewasa, Laki-laki/Perempuan)

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Analisis Data dan Monitoring Bed Occupancy Rate (BOR) setiap minggu/bulan.
- 2) Lakukan evaluasi pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) setiap bulan.
- 3) Berikan reward untuk unit dengan peningkatan Bed Occupancy Rate (BOR) terbaik.

7. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA PROSES BISNIS YANG EFEKTIF DAN EFISIEN

IKU-7. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

▪ **Definisi Operasional**

HAIs (Healthcare Associated Infections) atau infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan merupakan masalah terutama di rumah sakit besar yang merawat pasien dengan beragam jenis penyakit. Pengendalian HAIs merupakan suatu upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Pencegahan kejadian HAIs harus diupayakan sedapat mungkin, antara lain dengan menerapkan tindakan aseptik dan membiasakan perilaku higienis pada petugas kesehatan serta pelaksanaan surveilans.

Surveilans sebagai salah satu program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) harus dilaksanakan untuk memantau mutu pelayanan. Data dasar infeksi rumah sakit yang didapatkan dari hasil surveilans dapat dijadikan bahan untuk mengukur keberhasilan program PPI.

▪ **Cara Perhitungan**

- 1) \sum insiden CAUTI (jumlah kasus CAUTI ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1,000 catheter urinary-days.
- 2) \sum insiden VAP (jumlah kasus VAP ÷ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1,000 ventilator days.
- 3) \sum insiden CLABSI (jumlah kasus CLABSI ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1,000 central-days.
- 4) \sum insiden SSI (jumlah kasus SSI ÷ jumlah tindakan operasi) x 100

Catatan : Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Mengidentifikasi kejadian infeksi pada pasien
- 2) Melakukan surveilans HAIs
- 3) Melakukan monitoring pelaksanaan program PPI pada area pelayanan
- 4) Melaporkan hasil surveilans infeksi kepada Komite PPI

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi	Realisasi
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	<1,0 ‰	CAUTI	0.1 ‰
		VAP	0 ‰
		CLABSI	0 ‰
		SSI	0 ‰

Dari pemeriksaan kejadian *Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates* di RS Johannes Leimena Ambon yang meliputi SSI (Surgical Site Infection), Jumlah Tindakan CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection) pada pasien dengan kateterisasi urethra, CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) dan Ventilator Associated Pneumonia (VAP) memenuhi target yang telah ditentukan yaitu <1,0 ‰.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

IKU Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Data yang dikumpulkan dianalisa untuk mengetahui angka kejadian HAIs di RS Johannes Leimena meliputi SSI (Surgical Site Infection), Jumlah Tindakan CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection) pada pasien dengan kateterisasi urethra. CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) dan Ventilator Associated Pneumonia (VAP) , dalam pengumpulan data masih dalam batasan target tercapai. Namun dari keberhasilan masih ada kendala yang dihadapi yaitu pemeriksaan penunjang (kultur) belum maksimal karena pemeriksaan masih dilakukan di Laboratorium luar terutama dalam pemeriksaan kultur.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal dalam hal surveilans maka komitmen bersama dalam pelacakan dan penegakan HAIs perlu ditingkatkan. Rekomendasi khusus diberikan sebagai berikut:

- 1) Penemuan, pencatatan dan pelaporan kasus SSI, CAUTI, CLABSI,
- 2) VAP perlu ditingkatkan
- 3) Perlunya peran aktif Komite PPI dan ketaatan IPCLN yang belum berjalan dengan baik dalam hal pencatatan dan pelaporan.
- 4) Prinsip aseptik selalu diterapkan dalam tindakan dan perawatan pasien operatif, pemasangan kateter dan infus sesuai SPO
- 5) Jumlah IPCN disesuaikan dengan PMK No 27 Tahun 2017 Tentang PPI dan Peningkatan pelatihan/Workshop untuk IPCN

IKU-8. % Standar Klinis yang Tercapai (Sesuai Dengan Layanan Unggulan yang Dipilih RS)

▪ **Definisi Operasional**

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

Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut

1. Layanan Stroke
2. Layanan Kanker
3. Layanan Jantung

4. Layanan Uronefrologi
5. **Layanan Kesehatan Ibu dan Anak**
6. Layanan Respirasi
7. Layanan Diabetes Mellitus
8. Layanan Gastrohepatologi
9. Layanan Kesehatan Jiwa
10. Layanan PINERE
11. Layanan Mata
12. Layanan Ortopedi

Layanan Kesehatan Ibu dan Anak

Layanan Kesehatan ibu dan anak memiliki 4 indikator capaian yaitu:

1) Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr

Defeni Operasional

Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1000 gram - 1500 gram.

Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram - 1500 gram adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir sangat rendah 1000 gram - 1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam persentase). Target capaian $\geq 80\%$.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah BBLR 1000 gram – 1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan}}{\text{Jumlah seluruh BBLR 1000 gram –1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan}} \times 100\%$$

2) Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr

Defeni Operasional

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan sangat rendah 1500 gram - 2500 gram. Kemampuan menangani BBLR 1500 gram - 2500 gram adalah keberhasilan menangani bayi dengan berat badan lahir rendah 1500 gram - 2500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan (dalam persentase). **Target capaian 90%.**

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah BBLR 1500 gram – 2500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan}}{\text{Jumlah seluruh BBLR 1500 gram –2500 gram yang dirawat pada periode perhitungan}} \times 100\%$$

3) Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS

Defenisi Operasional

Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena Pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan (dalam persentase).

Target Capaian <10 %.

Formula Perhitungan

$$\frac{\text{Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia atau eklampsia pada periode perhitungan}}{\text{Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia atau eklampsia pada periode perhitungan}} \times 100\%$$

4) Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan

Defenisi Operasional

Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan adalah

jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan yang terjadi pada saat persalinan dan nifas. **Target Capaian ≤1%.**

Formula Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan}}{\text{Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan}} \times 100\%$$

▪ Cara Perhitungan

$$\% \text{ standar klinis yang tercapai} = \frac{\text{Jumlah Indikator Tercapai}}{\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur}} \times 100\%$$

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

- 1) Meningkatkan kemampuan SDM dengan mengikutsertakan pelatihan yang berkaitan dengan KIA.
- 2) Membuat usulan alat Kesehatan yang mendukung pelayanan KIA.

▪ Pencapaian Kinerja

No.	IKU	Target	Realisasi
1	Kemampuan Menangani BBLR (1501 gr-2500 gr)	90%	100%
2	Kemampuan Menangani BBLSR (1000 gr-1500 gr)	≥ 80%	100%
3	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS	<10%	9.09%
4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	≤1%	0%

**Capaian Kinerja Layanan Kesehatan ibu dan Anak (KIA)
Semester I : $(4 / 4) \times 100 \% = 100\%$**

Indikator Standar Klinis telah mencapai target dari layanan unggulan terpilih yaitu layanan kesehatan ibu dan anak

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

IKU Persentase Standar Klinis Yang Tercapai merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Realisasi capaian layanan unggulan yang terpilih yaitu layanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Semester I Tahun 2025 tercapai 100%.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mempertahankan dan meningkatkan standar klinis layanan Kesehatan Ibu dan Anak yang telah tercapai.

8. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA KEGIATAN PEMASARAN YANG INOVATIF DAN BERFOKUS PADA PELANGGAN

IKU-9. % Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS

▪ **Definisi Operasional**

Pendapatan rumah sakit secara keseluruhan bersumber dari kegiatan operasional yakni pendapatan dari pelayanan jasa yang diberikan kepada masyarakat atau pasien dalam satu periode yang merupakan kegiatan utama dalam rumah sakit. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. 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).

Pendapatan Non-JKN terdiri dari pendapatan umum, korporasi dan asuransi, program pemerintah Non-JKN Jamkesda dan Program subsidi khusus lainnya, layanan estetika, pendidikan dan penelitian serta bagi pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.

▪ **Cara Perhitungan**

Persentase pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit merupakan indikator yang digunakan untuk melihat sejauh mana peningkatan pendapatan dari sumber pemasaran yang inovatif yang berfokus pada pelanggan. Adapun perhitungan persentase pendapatan Non-JKN yang digunakan:

$$\frac{\text{Pendapatan Non – JKN}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$$

Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022. Target untuk persentase pendapatan Non-JKN yakni 10% dari total keseluruhan pendapatan Rumah Sakit.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Dalam rangka mendukung tercapainya target persentase pendapatan Non- JKN terhadap pendapatan keseluruhan Rumah Sakit perlunya dilakukan rencana aksi dan langkah strategis oleh seluruh stakeholder rumah sakit RSUP Dr Johannes Leimena Ambon, adapun upaya dan rencana aksi sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan pemasaran digital dan branding yang inovatif pada platform media sosial diantaranya informasi penggunaan pendaftaran online dan sistem antrian digital serta informasi terbaru terkait penggunaan Mobile JKN.
- 2) Meningkatkan kunjungan pelayanan VIP & VVIP
- 3) Adanya peningkatan kerja sama dengan layanan kesehatan korporat dan asuransi setiap tahunnya
- 4) Meningkatkan layanan rawat jalan khususnya pada Poli Eksekutif VIP

Dengan strategi-strategi tersebut, rumah sakit dapat lebih fleksibel dalam mengoptimalkan pendapatan non-JKN, yang membantu mengurangi ketergantungan pada dana dari JKN dan memperkuat posisi keuangan serta daya saing rumah sakit di pasar yang lebih luas.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	13.9%

Berdasarkan table Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS dengan target 10% telah tercapai dengan baik di Semester I sebesar 13.9%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Secara keseluruhan pendapatan Non-JKN didominasi oleh pasien umum dan Asuransi. Hal ini menunjukkan adanya potensi yang cukup atas kemampuan bayar pasien atau tarif yang diberlakukan di rumah sakit masih sesuai dengan kemampuan bayar pasien
- 2) Untuk selisih naik kelas terjadi akibat pasien JKN rawat inap kelas 1 melakukan peningkatan/upgrade kelas perawatan ke VIP dengan menjaga/meningkatkan fasilitas di ruang VIP akan memaksimalkan pendapatan pasien naik kelas dari JKN
- 3) Pendapatan Non-JKN per triwulan II secara keseluruhan memenuhi dan melampaui target 10% yang diberikan.
- 4) Perlunya meningkatkan kunjungan dan pelayanan Rawat Jalan Poli VIP

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Melakukan reviu kerjasama dengan perusahaan asuransi yang sudah terjalin tentang potensi promosi oleh pihak asuransi agar membawa pasien ke rumah sakit
- 2) Melakukan promosi paket medical checkup yang lebih banyak dan relevant ke perusahaan yang telah bekerjasama
- 3) Membuat paket mcu yang bersifat seasonal sebagai ajang promo yang dilakukan secara global melalui akun media sosial
- 4) Membuat paket layanan kesehatan berlangganan tahunan untuk perusahaan
- 5) Membuka layanan baru yang tidak dijamin oleh BPJS seperti layanan konsultasi gizi, poli kebugaran/obesitas, poli kecantikan, poli kesehatan mental, poli khusus pasien usia lanjut

- 6) Meningkatkan kerja sama semua unit dalam mempromosikan pelayanan rumah sakit
- 7) Meningkatkan pelayanan yang lebih baik

9. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA DUKUNGAN MANAJEMEN DAN PELAKSANAAN TUGAS TEKNIS LAINNYA
IKU-10. Nilai Kinerja Penganggaran

▪ **Definisi Operasional**

Besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari:

- 1) Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan
- 2) Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam Renja K/L dan Renstra K/L secara tahunan
- 3) Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program

▪ **Cara Perhitungan**

Perhitungan Nilai Kinerja Penganggaran menggunakan aplikasi SMART DJA Kementerian Keuangan.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Rencana aksi dan upaya yang telah dilakukan di Semester II sebagai berikut:

- 1) Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran
 - Monitoring nilai kinerja Perencanaan di aplikasi SMART DJA
- 2) Nilai Pelaksanaan Anggaran
 - a. Revisi DIPA
 - Telah melakukan rapat persiapan revisi DIPA dengan Direktur PKLO, Perbendaharaan, dan Pengadaan
 - Melakukan revisi DIPA (kewenangan KPA, Kanwil dan DJA) di

Semester II

- b. Deviasi Halaman III DIPA
 - Melakukan rapat Rencana Penarikan Dana (RPD) Semester II dengan Direktur PKLO, Perbendaharaan, dan Pengadaan
 - Melakukan revisi pemutakhiran halaman III DIPA Semester II
 - Monitoring deviasi Halaman III DIPA di aplikasi OM SPAN
 - c. Penyerapan Anggaran
 - Bendahara berkoordinasi dengan Pengadaan terkait target realisasi anggaran dan percepatan proses pengadaan dan penagihan
 - Monitoring realisasi bulanan dan triwulan
 - d. Belanja Kontraktual
 - Pengadaan melakukan perekaman kontrak ke aplikasi SAKTI sebelum H+5 setelah kontrak ditandatangani
 - Monitoring jatuh tempo kontrak untuk dilakukan Pembayaran melalui SPM
 - e. Penyelesaian Tagihan
 - Bendahara meminimalisir kesalahan pembayaran melalui SPM dengan menerapkan maker-checker-releaser
 - Bendahara berkoordinasi dengan Pengadaan untuk kelengkapan dan ketepatan waktu dokumen penagihan baik yang dibayarkan melalui mekanisme UP ataupun LS
 - f. Pengelolaan UP dan TUP
 - Bendahara melakukan permintaan jumlah UP sesuai kebutuhan
 - Bendahara melakukan GUP minimal 50% per 15 hari
 - g. Capaian Output
 - Menginput Capaian Output di aplikasi SAKTI secara berkala
- 3) Nilai Kinerja Penganggaran
- Monitoring nilai kinerja penganggaran di aplikasi SMART DJA

▪ **Pencapaian Kinerja :**

IKU	Target	Realisasi
Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	65.77

Indikator belum memenuhi target yang ditentukan karena terdapat satu indikator penilaian dengan nilai terendah yaitu indikator Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dengan realisasi sebesar 33.62 sedangkan Pelaksanaan Anggaran sebesar 96.86 sehingga Nilai Kinerja Penganggaran sebesar 65.77%

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Nilai Kinerja Penganggaran merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dengan realisasi sebesar 34.67 yang dimana Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran saat ini baru dihitung berdasarkan Aspek Efektivitas atau Capaian Rincian Output (CRO) sambil menunggu penyelesaian Pemetaan Standar Biaya Keluaran (SBK). Realisasi Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran rendah karena belum ada pemetaan untuk penggunaan Standar Biaya Keluaran (SBK) dan efisiensi Standar Biaya Keluaran (SBK)
- 2) Nilai Pelaksanaan anggaran menurun karena pada Halaman III DIPA realisasi belanja tidak sesuai dengan RPD (Rencana Penarikan Dana)

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Upaya tindak lanjut / rekomendasi perbaikan yang akan dilakukan sebagai berikut:

- 1) Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran
 - Capaian rincian output akan dioptimalkan
 - Mempercepat pemetaan SBK IKU-11. Realisasi Anggaran
- 2) Nilai Pelaksanaan Anggaran
 - Mengoptimalkan RPD (Rencana Penarikan Dana) seriap triwulan.
 - Realisasi Belanja disesuaikan dengan RPD (Rencana Penarikan Dana)

IKU-11. Realisasi Anggaran

▪ **Definisi Operasional**

Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja merupakan indikator kinerja yang menggambarkan sejauh mana anggaran telah direalisasikan

oleh suatu satuan kerja dibandingkan dengan pagu anggaran yang telah ditetapkan. Nilai persentase ini diperoleh dari aplikasi OMSPAN (Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara) yang dikelola oleh Kementerian Keuangan.

Perhitungan dilakukan dengan membandingkan nilai nominal realisasi anggaran yang telah disahkan dalam aplikasi OMSPAN terhadap total pagu belanja satuan kerja bersangkutan. Dengan kata lain, nilai ini menunjukkan efektivitas pelaksanaan anggaran pada satuan kerja dalam satu periode tertentu.

Semakin tinggi persentase realisasi anggaran, maka semakin baik pula kinerja satuan kerja dalam menyerap anggaran yang telah dialokasikan. Sebaliknya, persentase yang rendah dapat menjadi indikator adanya hambatan atau kendala dalam pelaksanaan program dan kegiatan.

Kementerian Keuangan melalui Kantor Pelayanan Perbendaharaan Negara telah menerapkan Target Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) setiap tahunnya, dengan Realisasi/penyerapan Anggaran sebagai salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja pelaksanaan anggaran oleh Kementerian/Lembaga dengan tingkat deviasi yang ditoleransi adalah +/- 5% untuk setiap jenis belanja.

Untuk mencapai target realisasi/penyerapan, maka diperlukan Rencana Penarikan Dana (RPD) untuk setiap jenis belanja yang disesuaikan setiap triwulan untuk mencapai target realisasi/penyerapan tersebut. Berikut target realisasi RSUP Leimena untuk tahun 2025 didasarkan pada target Realisasi IKPA.

▪ **Cara Perhitungan**

Persentase realisasi belanja merupakan indikator yang digunakan untuk mengukur sejauh mana anggaran telah direalisasikan dalam suatu periode tertentu. Perhitungan ini dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\text{Total Realisasi Belanja}}{\text{Total Pagu Belanja}} \times 100\%$$

Nilai ini memberikan informasi mengenai seberapa besar anggaran yang telah digunakan dibandingkan dengan keseluruhan alokasi dana. Capaian

realisasi yang tinggi menunjukkan kelancaran pelaksanaan program dan kegiatan, sedangkan capaian yang rendah dapat menjadi indikator perlunya evaluasi terhadap kendala yang dihadapi dalam proses pelaksanaan anggaran.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Berkoordinasi dengan Tim Perencanaan Terkait RPD untuk memenuhi Target Realisasi

Tim Kerja Pelaksana Keuangan secara aktif berkoordinasi dengan Perencanaan dan Pejabat Pembuat Komitmen dalam Penyusunan RPD setiap triwulannya untuk mencapai target realisasi yang telah ditetapkan.

- 2) Pelaksanaan Pembayaran dan penyetoran Pajak Secara Rutin dan Tepat Waktu

Tim Kerja Pelaksana Keuangan secara aktif berkoordinasi dengan Subbagian Perencanaan untuk memastikan kesesuaian Rencana Penarikan Dana (RPD) dengan kebutuhan riil pelaksanaan kegiatan. Selain itu, koordinasi dilakukan dengan Unit Pengadaan Barang/Jasa untuk menjamin kelengkapan dokumen penagihan, seperti surat perintah kerja, berita acara serah terima, faktur, dan dokumen pendukung lainnya. Setelah dokumen dinyatakan lengkap, Tim Kerja Pelaksana Keuangan memproses pembayaran dan melakukan penyetoran pajak sesuai ketentuan yang berlaku.

- 3) Penyampaian Pengesahan Belanja melalui SPM GUP dan SP3B BLU Guna menjamin tercatatnya realisasi belanja secara resmi dalam sistem KPPN Ambon, setiap transaksi pembayaran disertai pengesahan belanja melalui:

- SPM GUP (Surat Perintah Membayar Uang Persediaan) untuk belanja yang bersumber dari rupiah murni, disertai penyampaian LPJ GUP;
- SP3B BLU (Surat Pernyataan Pertanggungjawaban Belanja BLU) untuk belanja yang bersumber dari PNB/BLU. Tim Kerja Pelaksana Keuangan menerima dokumen pertanggungjawaban dari unit terkait dan segera memproses pengesahan agar realisasi tercatat secara akurat dan tepat waktu.

- 4) **Monitoring dan Evaluasi Realisasi Belanja secara Berkala**
Monitoring dan evaluasi realisasi anggaran dilakukan secara harian, mingguan, dan bulanan oleh Tim Kerja Pelaksana Keuangan melalui aplikasi OMSPAN (Online Monitoring SPAN). Kegiatan ini bertujuan memastikan kesesuaian realisasi terhadap jadwal RPD serta mengidentifikasi potensi keterlambatan penyerapan anggaran. Evaluasi triwulanan dilakukan melalui forum internal untuk membahas capaian, kendala yang dihadapi, serta strategi percepatan penyerapan anggaran

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Realisasi Anggaran	95%	46.85%

Target realisasi anggaran tahun 2025 sebesar 95%. Adapun capaian realisasi anggaran yang tercatat mencapai 46.86%. Walaupun belum memenuhi target tetapi telah berjalan dengan baik, dengan penyerapan yang progresif setiap bulannya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator Realisasi Anggaran merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Belanja Pegawai merupakan pembayaran rutin, dan telah berjalan sesuai jadwal
- 2) Belanja Barang telah berjalan sesuai target, dengan penyerapan sedikit lebih tinggi dari target
- 3) Belanja Modal masih jauh dari target, dan ini perlu perhatian khusus dalam perencanaan kegiatan dan eksekusi pengadaan.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Untuk ke depannya, tim pelaksana keuangan perlu:

- 1) Berkoordinasi dengan PPK terkait untuk Percepatan Belanja Modal
- 2) Berkoordinasi dengan Tim sPerencanaan dan PPK untuk Penyesuaian RPD
- 3) Monitoring secara berkala untuk memastikan realisasi sesuai target.

III. PERSPEKTIF LEARNING AND GROWTH

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek Learning and Growth dibagi dalam 5 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

10. SASARAN STRATEGIS : Terwujudnya SDM Yang Andal dan Budaya Organisasi Yang Ber-AKHLAK

IKU-12. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

▪ Definisi Operasional

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

1) Sasaran Responden

Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit, dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.

2) Unsur Survei Kepuasan Pegawai

Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:

- a. Unsur 1: Lingkungan kerja
- b. Unsur 2: Hubungan dengan atasan
- c. Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran
- d. Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier
- e. Unsur 5: Gaji dan kompensasi
- f. Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan
- g. Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit
- h. Unsur 8: Budaya rumah sakit

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

3) Metode Pelaksanaan

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

▪ Cara Perhitungan

- 1) Bobot Nilai Rata-Rata Tertimbang = $(1) / (\text{Jumlah Unsur})$
- 2) Nilai Survei Kepuasan = $(\text{Total dari Nilai Persepsi Perunsur} / \text{Total Unsur yang Terisi}) \times \text{Nilai Penimbang}$

- 3) Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan x 25
- 4) Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan Semua Konversi Nilai Survei Kepuasan Tiap Unsur

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Melakukan kerjasama dengan pihak eksternal untuk melakukan survey kepuasan staf RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
- 2) Membuat jadwal survey
- 3) Membuat laporan survey kepuasan staf RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon secara berkala.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	-

Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai belum ada realisasi, disebabkan belum terjalin kerjasama dengan pihak internal untuk melakukan survey

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Belum terjalannya kerjasama dengan pihak internal untuk dilakukan survey kepuasan staf bagi pegawai RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon. Proses kerjasama saat ini masih dalam pencarian PIC yang dapat menjalin kerjasama dalam penilaian kepuasan staf di Tahun 2025

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mempercepat proses kerjasama dengan pihak yang akan melakukan survey untuk periode SKP berikutnya di Tahun 2025.

IKU-13. Training Effectiveness Index (TEI)

▪ **Definisi Operasional**

Training Effectiveness Index (TEI) merupakan persentase tenaga medis dan tenaga Kesehatan ASN yang mendapatkan peningkatan kompetensi

40 JPL. Rata-rata JPL yang didapatkan ASN melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit per tenaga medis/tenaga kesehatan per tahun.

▪ **Cara Perhitungan**

$$TEI = \frac{\text{Jumlah Named dan Nakes ASN yang telah mencapai 40 JPL}}{\text{Jumlah Named dan Nakes ASN} - \text{Jumlah Named dan Nakes ASN tubel}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Adapun rencana aksi dan upaya yang telah dilakukan pada Triwulan 1 adalah sebagai berikut :

1. Membuat tabel rekapitulasi daftar pegawai tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah melakukan pengembangan kompetensi

Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan memfilter data antara pegawai tenaga medis dan tenaga kesehatan ASN, baik itu PNS maupun PPPK.

2. Pembagian PIC Pelaporan Pengembangan Kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan melakukan pembagian tugas PIC untuk pelaporan sertifikat atau laporan pengembangan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta memfasilitasi surat tugas/surat izin pengembangannya.

3. Monitoring dan Evaluasi Rekapitulasi Pengembangan Kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan

Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan melakukan follow up terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum mencapai 40 JPL untuk segera melaporkan sertifikat atau laporan pengembangan kompetensinya

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
<i>Training Effectiveness Index</i>	70%	29.66%

Indikator *Training Effectiveness Index* belum memenuhi target yang ditetapkan dimana realisasi masih mencapai 29.66% dari target 70%

- **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Indikator *Training Effectiveness Index* merupakan Indikator Direktif baru pada tahun 2025 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

- **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Beberapa pegawai masih ada yang belum mengikuti pengembangan kompetensi
- 2) Masih ada beberapa pegawai yang belum mencapai 40 JPL hingga Semester I

- **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Melakukan follow up lebih intens kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum mencapai 40 JPL, terutama kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum sama sekali melaporkan pengembangan kompetensinya.
- 2) Melakukan pengecekan sertifikat / pengembangan kompetensi tenaga kesehatan dan tenaga medis di aplikasi ekinerja secara berkala di triwulan berikutnya, untuk triwulan II belum dapat dilakukan dikarenakan seluruh pegawai belum melakukan penginputan realisasi SKP di ekinerja
- 3) Pembagian tugas PIC Pengembangan Kompetensi ASN untuk dapat lebih dimaksimalkan.

IV. PERSPEKTIF FINANSIAL

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek Finansial dibagi dalam 1 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

11. SASARAN STRATEGIS : Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif

IKU-14. Ebitda Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

- **Definisi Operasional**

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 vertikal. Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit vertikal untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat 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.

▪ **Cara Perhitungan**

Ebitda Margin = (Ebitda / Total Pendapatan Rumah Sakit) x 100%

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Tambah layanan unggulan (spesialis/subspesialis)
- 2) Integrasi sistem manajemen klaim BPJS
- 3) Audit asset tidak produktif
- 4) Evaluasi rasio SDM medis dan non-medis (Tupoksi dan beban kerja)

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Target	Realisasi
Ebitda Margin (%Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%	-37%

Indikator Ebitda Margin belum mencapai target yang ditetapkan, dikarenakan total pendapatan lebih rendah sebesar Rp 23.405.224.500 dari total beban pengeluaran sebesar Rp 32.027.558.297.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja Indikator Ebitda Margin tahun 2024 dengan target tahun 2025

IKU	Tahun 2024		Tahun 2025	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Ebitda Margin (%Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	10%	-53.26%	1%	-37%

Untuk realisasi kinerja semester I tahun 2025 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB belum tercapai. Namun dari table perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun sebelumnya, terlihat target capaian sedikit meningkat.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Beban Pegawai Merupakan salah satu factor yang sangat mempengaruhi ketidakberhasilan pencapaian target, dikarenakan beban pegawai yang dananya bersumber dari RM di akui sebagai beban namun tidak diakui dananya sebagai pendapatan
- 2) Pendapatan rumah sakit belum optimal jika di lihat dari persentase beban pegawai yang di keluarkan oleh rumah sakit terhadap pendapatan yang di dapat rumah sakit
- 3) Terdapat pembayaran remunerasi pada bulan April yang cukup tinggi senilai Rp.2.174.601.327 (bupel Februari) dan Rp.1.826.695.714 (bupel Maret)
- 4) Terdapat pemabayaran di bulan april atas pemeliharaan MRI senilai Rp.679.253.400, perbaikan ruang timbal senilai Rp.295.761.945 dan pemeliharaan mesin anastesi senilai Rp.203.500.000
- 5) Pada bulan juni ebitda margin penurunan mencapai -74% dikarenakan adanya pembayaran gaji ke13 pada bulan juni dan terjadi penurunan penerimaan JKN.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Evaluasi dan redistribusi SDM agar lebih efisien dan sesuai kebutuhan unit layanan
- 2) Lakukan analisis beban kerja untuk menyeimbangkan jumlah pegawai dengan volume layanan
- 3) Buat paket layanan terintegrasi (misal: persalinan, medical check-up korporat, layanan spesialis unggulan)
- 4) Optimalkan alat dan ruangan agar tingkat utilisasi lebih tinggi dan efisien
- 5) Evaluasi kontribusi unit layanan terhadap pendapatan rumah sakit (service line profitability)
- 6) Pantau jenis layanan yang sering ditolak/dibayar rendah dan sesuaikan pendekatan klinis agar sesuai dengan standar klaim BPJS

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari laporan kinerja ini adalah :

- 1) Pencapaian IKU Direktur Utama secara keseluruhan mencapai 95.9%, mengalami peningkatan sebesar 9.7% dari tahun 2024 dengan nilai capaian 86.20%.
- 2) Realisasi anggaran belanja Semester I Tahun 2025 adalah sebesar Rp. 67.981.446.038,- (46.85%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 145.090.446.000,- dengan perbandingan realisasi Tahun 2024 sebesar 96.60.
- 3) Dari total 14 IKU yang diukur pada Semester I Tahun 2025 terdapat 5 IKU yang tercapai sesuai target, 9 IKU yang belum memenuhi target.

B. Saran

Dari kesimpulan diatas, beberapa saran yang direkomendasikan sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan upaya pemenuhan pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang secara bertahap dan terencana berdasarkan prioritas dengan ketersediaan jumlah dan jenis SDM.
- 2) Melakukan monitoring dan upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan melalui penguatan layanan unggulan dan layanan prioritas.
- 3) Meningkatkan kompetensi SDM melalui pelatihan dan peningkatan gelar pendidikan sesuai bidang dan profesi.
- 4) Meningkatkan Kerjasama antar civitas RSUP Dr. Johannes Leimena untuk bersinergi bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

LAMPIRAN I
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RS JOHANNES LEIMENA



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : drg. Saraswati, MPH
Jabatan : Direktur Utama RS Johannes Leimena

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama



drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
RS JOHANNES LEIMENA

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	1.	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%
2.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2.	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)
3.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	3.	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%
4.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	4.	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%
5.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	5.	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
6.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	6.	BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 2
7.	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien	7.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%
8.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A – D: <1,0 ‰
		9.	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
9.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10.	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%
10.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	11.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
		12.	<i>Training Effectiveness Index</i>	70%

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
11.	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13.	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14.	Realisasi Anggaran	95%

Target Pendapatan BLU

Rp 98.000.000.000,00

Program

Anggaran

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN

Rp 61.713.983.000,00

2. Program Dukungan Manajemen

Rp 69.248.792.000,00

Total

Rp 130.962.775.000,00

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,

Pihak Pertama



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

drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001

LAMPIRAN II
MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF

Perspektif Stakeholder

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TW I	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya layanan terbaik level Asia						
1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61-88.3)	85.79%	111.98%	9	10.08
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas						
2	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	40%	80%	5	4
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan						
3	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0.50%	0.03%	6%	4	0.24
Total Skor					18	14.32
% Capaian Perspektif Stakeholder					79.56%	

Perpektif Proses bisnis internal

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal						
1	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	78.8%	315.2%	10	31.52
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel						
2	Skor BLU Maturity Rating	Level 2	N/A	N/A	7	N/A
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien						
3	Bed occupancy rate (BOR)	70%	59%	84.28%	7	5.90
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten						
4	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	A – D: <1,0 ‰	A= 0.1 ‰ B= 0 ‰ C= 0 ‰ D= 0 ‰	100%	10	10
5	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan)	80%	100%	125%	10	12.5

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TW I	%	Bobot (B)	% X B
	unggulan yang dipilih RS)					
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan						
6	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	13.9%	139%	7	9.73
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya						
7	Nilai Kinerja Penganggaran	80.1	65.77	82.11%	8	6.57
8	Realisasi Anggaran	95%	46.85%	47.81%	8	3.82
Total Skor					67	80.04
% Capaian Perspektif Proses bisnis internal					119.46%	

Perspektif Learning and Growth						
NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK						
1	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61-88.3)	N/A	N/A	7	N/A
2	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	29.66%	42.37%	4	1.69
Total Skor					11	1.69
% Capaian Perspektif Learning and Growth					15.36%	

Perpektif Finansial						
NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif						
1	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-37%	-3.7%	4	-0.15
Total Skor					4	-0.15
% Capaian Perspektif Financial					-3.75%	

NO	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	CAPAIAN
1	Aspek Stakeholder	18	14.32
2	Aspek Proses Bisnis Internal	67	80.04
3	Aspek Learning and Growth	11	1.69
4	Aspek Financial	4	-0.15
TOTAL		100	95.9%

**LAMPIRAN III
RINCIAN REALISASI ANGGARAN**

Realisasi Belanja Bersumber dari Rupiah Murni (RM) Semester I Tahun 2025

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	1,000,000,000	863,974,191	86%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Kesehatan Lanjutan	1,000,000,000	863,974,191	86%
CAB	Sarana Bidang Kesehatan	1,000,000,000	863,974,191	86%
CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	1,000,000,000	863,974,191	86%
051	Pengadaan Obat-Obatan dan BMHP Pelayanan Reguler	1,000,000,000	863,974,191	86%
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen	69,248,792,000	31,396,785,493	45%
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	69,248,792,000	31,396,785,493	45%
EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	69,248,792,000	31,396,785,493	45%
EBA.994	Layanan Perkantoran	69,248,792,000	31,396,785,493	45%
051	Gaji dan Tunjangan	58,205,869,000	26,059,593,564	45%
052	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	11,042,923,000	5,337,191,929	48%

Realisasi Belanja Bersumber dari BLU dan Saldo Awal Semester I Tahun 2025

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	74,689,034,000	35,722,220,846	48%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Kesehatan Lanjutan	74,689,034,000	35,722,220,846	48%
CAB	Sarana Bidang Kesehatan	27,615,354,000	16,447,367,290	60%
CAB.002	Alat Kesehatan (LR)	3,233,749,000	884.395,072	27%
052	Pengadaan Alat Kesehatan Pelayanan Reguler - BLU	3,233,749,000	884,395,072	27%
CAN.003	Obat-obatan dan BMHP (LR)	24,381,605,000	15,562,972,218	64%
052	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP Pelayanan Reguler - BLU	24,381,605,000	15,562,972,218	64%
CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	1,141,865,000	5,700,000	0%
CAN.001	Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR)	523,365,000	5,700,000	1%
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai - BLU	523,365,000	5,700,000	1%
CAN.002	Software/ antivirus UPT Vertikal (LR)	618,500,000	0	0%
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai - BLU	618,500,000	0	0%
CBV	Prasarana Bidang Kesehatan	2,768,560,000	619,446,720	22%
CBV.002	Renovasi Gedung Layanan - LR	2,160,483,000	569,496,720	26%
052	Renovasi Gedung Layanan - BLU	2,160,483,000	569,496,720	26%
CBV.004	Alat Non Medik - LR	608,077,000	49,950,000	8%
052	Pengadaan Alat Non Medik - BLU	608,077,000	49,950,000	8%
CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	20,969,882,000	7,383,875,483	35%
CCB.001	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)	20,969,882,000	7,383,875,483	35%
	051. Operasional dan pemeliharaan UPT	20,969,882,000	7,383,875,483	35%
CCL	OM Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	93,300,000	1,200,000	1%
CCL.001	Operasional dan Pemeliharaan Jaringan Komputer UPT BLU (LR-12)	93,300,000	1,200,000	1%
051	Pemeliharaan Jaringan dan Komputer	93,300,000	1,200,000	1%
EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	20,365,181,000	10,817,399,712	53%

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
EBA.962	Layanan Umum	20,365,181,000	10,817,399,712	53%
052	Layanan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi UPT Vertikal - BLU	20,365,181,000	10,817,399,712	53%
EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	428,492,000	4,928,010	1%
EBB.951	Layanan Sarana Internal	428,492,000	4,928,010	1%
054	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal - BLU	428,492,000	4,928,010	1%
EBC	Layanan Manajemen SDM Internal	1,210,906,000	346,809,631	29%
EBC.001	Layanan Kepegawaian Satker UPT Vertikal	1,210,906,000	346,809,631	29%
051	Layanan Kepegawaian satker UPT Vertikal - RM	1,210,906,000	346,809,631	29%
FAE	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan	95,494,000	95,494,000	100%
FAE.001	Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan di UPT Vertikal (LR)	95,494,000	95,494,000	100%
052	Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan UPT Vertikal BLU	95,494,000	95,494,000	100%