

Nomor : PR.05.06/D.XXVIII/2508.2/2026

13 Juli 2026

Lampiran : satu berkas

Hal : Penyampaian Laporan Kinerja (LKj)

RSUP Dr. Johannes Leimena Semester I Tahun 2026

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan

Kementerian Kesehatan

Jakarta Selatan

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayaaan Aparatur Sipil Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pentujuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja dimana setiap entitas unit kerja diwajibkan untuk membuat Laporan Kinerja dan disampaikan ke Menteri/Pimpinan Lembaga, maka bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Semester I Tahun 2026 (terlampir).

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Plt. Direktur Utama

RSUP Dr. Johannes Leimena,



dr. Fahmi Maruapey, Sp.An
NIP 197404092002121006

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

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



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) SEMESTER I TAHUN 2026



LEMBAR PENGESAHAN

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON
SEMESTER I TAHUN 2026**

Ambon, 13 Juli 2026

Plt. Direktur Utama



dr. Fahmi Maruapey, Sp.An
NIP 197404092002121006

Direktur Medik dan Keperawatan



dr. Fahmi Maruapey, Sp.An

Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



Ester Manapa Samparaya, SKM., M.Kes
NIP 197110221999032007

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 Semester I Tahun 2026 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 2026 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.

Plt. Direktur Utama

RSUP Dr. Johannes Leimena,



dr. Fahmi Maruapey, Sp.An

NIP 197404092002121006

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 2026 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja Semester I tahun 2026 adalah sebesar Rp. 75.945.274.031,- (39.05%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 194.474.283.000,- dengan perbandingan realisasi Tahun 2025 sebesar 96.20.

Pencapaian IKU Direktur Utama untuk Semester I Tahun 2026 secara keseluruhan mencapai 1,307% mengalami peningkatan sebesar 7.80% dari tahun 2025 dengan angka capaian 91.14%. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dari total 17 indikator, 8 indikator tercapai, 7 indikator belum tercapai sesuai target dan 2 indikator belum periode penilaian.

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	12
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS	16
H. SISTEMATIKA PENULISAN.....	17
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	19
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	24
A. Capaian Kinerja Organisasi	24
B. Realisasi Anggaran.....	64
BAB IV PENUTUP	76
A. Kesimpulan.....	76
B. Saran	76
LAMPIRAN I PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026	77
LAMPIRAN II MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF	79
LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN	83

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 2026 telah menyusun Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2026. PK ini menggambarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target-target pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon selama Tahun 2026. 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 Semester I tahun 2026 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 2026. LAKIP juga bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat (Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan) atas kinerja yang telah dan seharusnya tercapai selama tahun 2026.

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)

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

Di lingkungan Direkotrat SDM, Pendidikan dan Penelitian dibentuk instalasi sebagai unit kerja non struktural yang terdiri dari :

- 1) Unit Fungsional Pendidikan
- 2) Clinical Research Unit (CRU)

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 2026 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 787, terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga Kesehatan lainnya dan tenaga non Kesehatan. Komposisi SDM berdasarkan data per 07 Juli 2026 :

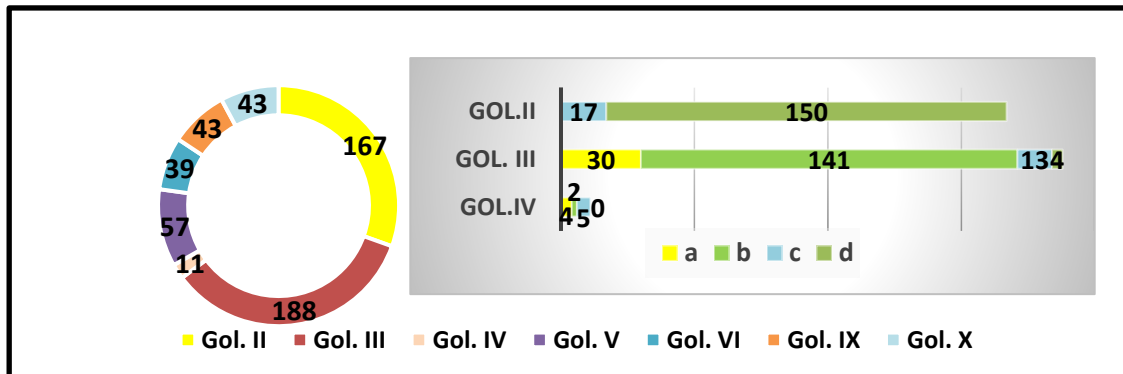
Tabel 1.1 Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Dr. Johannes Leimena

NO	JENIS KETERANGAN	STATUS KETERANGAN						JUMLAH	%
		PNS	CPNS	PPPK	PARUH WAKTU	VISITING/PERBANTUAN/MITRA/PDGS/INTERNSHIP	OUTSOURCING		
1	Struktural/Direksi	3	0	0	0	0	0	3	0.38%
2	Dokter Spesialis	14	1	0	0	53	0	68	8.65%
3	Dokter Umum	17	2	0	0	21	0	40	5.09%
4	Dokter Gigi	2	1	0	0	0	0	3	0.38%
5	Perawat	167	0	57	0	0	0	224	28.46%
6	Bidan	14	0	6	0	0	0	20	2.54%
7	Nakes Lainnya	95	6	25	2	0	0	128	16.26%
8	Manajerial	35	8	94	3	0	0	140	17.78%
9	Resepsionis	0	0	0	0	0	20	20	2.54%
10	Pegawai Mitra Apoteker	0	0	0	0	0	2	2	0.25%
11	Pegawai Magang Poltekkes	0	0	0	0	0	16	16	2.03%
12	Petugas Kebersihan	0	0	0	0	0	62	62	7.89%
13	Satpam	0	0	0	0	0	45	45	5.72%
14	Pramusaji	0	0	0	0	0	16	16	2.03%
JUMLAH		347	18	182	5	74	161	787	100%

Sumber data: Data SDM Per 07 Juli 2026, Timker OSDM

Dari tabel di atas terlihat proporsi tenaga PNS sejumlah 347 orang (44.1%) CPNS sejumlah 18 orang (2.2%), PPPK sejumlah 182 orang (23.3%), Paruh Waktu sejumlah 5 orang (0.6%), tenaga Visiting / Internship / Perbantuan / Mitra / PGDS sejumlah 74 orang (9.3%) dan Outsourcing sejumlah 161 orang (20.5%).

Grafik 1.1. Jumlah SDM berdasarkan Golongan



Berdasarkan Grafik tersebut terlihat persentase SDM untuk tenaga PNS berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 188 orang (34%) dengan proporsi terbanyak pada gol. II/b sebanyak 150 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 Loundry	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 230 TT yang terdiri dari:

Tabel 1.3 Jumlah Tempat Tidur Ruang Perawatan Rawat Inap

NO	RUANG PERAWATAN	VVIP	VIP	KELAS I	KELAS II	KELAS III	ISOLASI	NON KELAS	TOTAL
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
	▪ ICVCU	-	-	-	-	-	-	3	3
	▪ 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	32	230

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 2026 adalah sebesar **Rp. 194.474.283.000,-** yang digunakan untuk pembiayaan pelaksanaan program/kegiatan. Berikut uraian pagu anggaran Periode Tahun 2026 :

Tabel 1.3 Pagu Anggaran TA 2026

NO	URAIAN	ANGGARAN
1	BLU	92.768.664.000
2	Saldo Awal	24.555.829.000
3	Rupiah Murni (RM)	77.149.790.000
JUMLAH		194.474.283.000

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 2026
2. Matriks IKU berdasarkan 4 (Empat) Perspektif Tahun 2026
3. Laporan Keuangan Tahun 2026

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2025-2029

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Johannes Leimena Ambon Tahun 2025 – 2029 adalah dokumen perencanaan RS Johannes Leimena Ambon untuk periode 5 (lima) tahun, yakni tahun 2025 s.d. 2029 yang merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 - 2029. RSB ini disusun sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam mencapai tujuan jangka panjang, serta pedoman oleh Manajemen dan Unit kerja dalam menjalankan dan mengembangkan pelayanan maupun dalam menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran tahunan. Selain itu RSB juga akan membantu organisasi dalam berkomunikasi dan bekerjasama dengan para stakeholder.

Visi RS Johannes Leimena Ambon Tahun 2025 – 2029 adalah: “Rumah Sakit dengan Pelayanan Jantung, Kanker dan Neonatus Unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan”. Sedangkan misinya yaitu: (1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung; (2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja; (3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan; (4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan; (5) Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional; (6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif. Layanan unggulan RS Johannes Leimena Ambon di periode Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025 – 2029 adalah Layanan Jantung, Layanan Kanker dan Layanan Neonatus.

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan yang telah menerapkan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), RS Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki potensi untuk meningkatkan kemandirian keuangan, meningkatkan profesionalisme, dan mendorong transparansi dan akuntabilitas. Namun untuk mencapai tujuan tersebut, rumah sakit perlu mengatasi masalah yang dihadapi, seperti penerapan sistem remunerasi. Saat ini solusi yang telah dilakukan sesuai dengan pertimbangan Kementerian Keuangan dan Ditjen Kesehatan Lanjutan maka penerapan sistem remunerasi dilakukan secara bertahap. Tahap pertama diberlakukan kepada tenaga medis

dokter dan dokter spesialis, dan tahap selanjutnya oleh tenaga administrasi dan tenaga keperawatan.

Posisi RS Johannes Leimena Ambon dilihat dari diagram kartesius berada pada kuadran I (Growth Oriented Strategy) dimana posisi ini menandakan organisasi dalam posisi yang menguntungkan, memiliki kekuatan dan peluang yang dapat berkembang dan bertumbuh sehingga rumah sakit mampu berdaya saing dan mencapai tujuan strategis rumah sakit. Kebijakan strategis yang diambil adalah dengan memfokuskan arah pengembangan dimasa mendatang untuk pertumbuhan layanan

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				
			2025	2026	2027	2028	2029
1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	2	1%	1%	2%	2%	3%
2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	8	Baik (76,61-88,3)	90.64	Baik (76,61-88,3)	Sangat Baik (88,3-100)	Sangat Baik (88,3-100)
3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	2	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	10	25%	50%	75%	90%	100%

5	BLU Maturity Rating	8	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
6	Bed Occupancy Rate (BOR)	15	70%	70%	70%	70%	70%
7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	2	A-D: <1,0 ‰	100%	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰
8	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari	10	-	≥ 80%	-	-	-
9	Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) 7 hari	10	-	≥ 80%	-	-	-
10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	5	10%	20%	30%	40%	50%
11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	8	Puas (76,61-88,3)	78	Puas (76,61-88,3)	Sangat Puas (88,3-100)	Sangat Puas (88,3-100)
12	Training Effectiveness Index	10	70%	73.75%	77.5%	81.25%	85%
13	Nilai Kinerja Penganggaran	3	92.35	92.75	-	-	-
14	Indeks Kualitas SDM	2	-	82	-	-	-
15	Persentase Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	2	-	95%	-	-	-
16	Realisasi Anggaran	1	96%	96%	-	-	-
17	Nilai SAKIP Unit Kerja	2	-	83	-	-	-

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 2026

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)	90.64
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.50%
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5	BLU Maturity Rating	Level 2
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien Kementerian Kesehatan	6	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	100%
		8	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari	≥ 80%
		9	Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) 7 hari	≥ 80%
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%
9	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78
		12	Training Effectiveness Index	73.75%
10		13	Nilai Kinerja Penganggaran	92.75

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	14	Indeks Kualitas SDM	82
		15	Persentase Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%
		16	Realisasi Anggaran	96%
		17	Nilai SAKIP Unit Kerja	83

Pada Perjanjian Kinerja di atas terdapat 2 (dua) indikator kinerja kegiatan yang merupakan *mandaroty* dari Sekretaris Jenderal Kesehatan Lanjutan yang terdiri dari indikator Nilai Kinerja Penganggaran dan Realisasi Anggaran.

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah alokasi anggaran pada DIPA sebesar Rp 194.474.283.000, yang terdiri dari Belanja Pegawai sebesar Rp 66.697.852.000, Belanja Barang sebesar Rp 113.551.346.000 dan Belanja Modal sebesar Rp 14.225.085.000, yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 77.149.790.000, Saldo Awal sebesar 24.555.829.000 dan BLU sebesar 92.768.664.000.

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 2026 Semester I

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Stakeholder	10	78
2.	Aspek Proses Bisnis Internal	70	97.87
3.	Aspek Learning and Growth	18	30.17
4.	Aspek Financial	2	1,100
Total		100	1,307%

Pencapaian pada semester I tahun 2026 secara keseluruhan mencapai 1,307% dengan rincian capaian pada lampiran II. Jika dibandingkan dengan capaian Tahun 2025 sebesar 91.14% sudah sangat baik.

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 2026 :

Matriks Capaian Indikator Kinerja Utama RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Semester I Tahun 2026

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Semester I Tahun 2026
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%	11%
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64	87.05
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.50%	0.03%
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%	79.30%

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Semester I Tahun 2026
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5	BLU Maturity Rating	Level 2	Belum Periode Penilaian
Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien Kementerian Kesehatan	6	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	73.93%
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	100%	CAUTI : 1.8 ‰ VAP : 3.3 ‰ CLABSI : 5.6 ‰ SSI : 0.3% Capaian Semester I : 75%
	8	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari	≥ 80%	93.7%
	9	Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) 7 hari	≥ 80%	95.3%
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%	14.85%
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	Belum Dilakukan Survey
	12	Training Effectiveness Index	73.75%	40.05%
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	92,75	70.37
	14	Indeks Kualitas SDM	82	78.90
	15	Persentase Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%	100%
	16	Realisasi Anggaran	96%	39.06%
	17	Nilai SAKIP Unit Kerja	83	84.15

Dari Tabel diatas terlihat realisasi capaian IKU Semester I Tahun 2026 dari 17 indikator yang diukur terdapat 8 indikator tercapai, 7 indikator belum tercapai sesuai target dan 2 indikator belum periode penilaian. Berikut analisa capaian kinerja berdasarkan sasaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Periode Tahun 2026 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

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

- Poliklinik
- Rawat inap
- Rehab Medik
- Kemoterapi

Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal

▪ Cara Perhitungan

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

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

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

Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei

kepuasan tiap unsur

▪ Analisis Pencapaian Kinerja

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	87.05	90.64	Sangat Baik (88.3-100)	Baik (76.61-88.3)	90.64

Survei Kepuasan Pelanggan dilaksanakan dengan jumlah responden sebanyak 467 orang. Nilai CSI yang diperoleh sebesar 87.05 (skala 1-100) atau 3,3,51 (skala 1-4).

▪ Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target

Berdasarkan hasil Survei Kepuasan Pelanggan RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2026 Semester I, target Indeks Kepuasan Pelanggan sebesar ≥ 85 berhasil dicapai dengan nilai CSI sebesar 87,05 (kategori Memuaskan).

Hasil analisis menunjukkan bahwa seluruh dimensi SERVQUAL telah memberikan kontribusi positif terhadap kepuasan pelanggan. Dimensi dengan tingkat kepuasan relatif lebih tinggi meliputi Assurance dan Empathy, yang mencerminkan sikap sopan, ramah, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan rasa aman dan kepercayaan kepada pasien.

Namun demikian, hasil analisis gap antara harapan dan kinerja menunjukkan bahwa pada seluruh dimensi pelayanan masih terdapat gap negatif, yang mengindikasikan bahwa kinerja pelayanan belum sepenuhnya memenuhi harapan pelanggan dan masih memerlukan perbaikan berkelanjutan

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) Masih terdapat kesenjangan antara harapan dan kinerja pelayanan pada seluruh dimensi SERVQUAL.
- 2) Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan pada waktu-waktu tertentu yang memengaruhi kecepatan dan responsivitas pelayanan.

- 3) Sarana dan prasarana penunjang kenyamanan pasien yang belum sepenuhnya optimal.
- 4) Ketepatan waktu pelayanan dan ketersediaan layanan pendukung yang masih menjadi perhatian sebagian responden.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Peningkatan kualitas pelayanan melalui penguatan budaya pelayanan prima bagi seluruh tenaga kesehatan dan pegawai.
- 2) Evaluasi dan perbaikan standar operasional prosedur (SOP) pelayanan berdasarkan hasil survei kepuasan pelanggan.
- 3) Peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan komunikasi efektif, empati, dan etika pelayanan.
- 4) Perbaikan dan pemeliharaan sarana prasarana yang berpengaruh langsung terhadap kenyamanan pasien.
- 5) Pelaksanaan survei kepuasan pelanggan secara berkala sebagai alat monitoring dan evaluasi mutu pelayanan.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Menjadikan hasil Survei Kepuasan Pelanggan sebagai dasar utama dalam penyusunan program peningkatan mutu pelayanan.
- 2) Memfokuskan perbaikan pada atribut pelayanan dengan tingkat kepentingan tinggi namun kinerja relatif rendah.
- 3) Meningkatkan pengawasan dan evaluasi kinerja pelayanan pada unit-unit dengan beban layanan tinggi.
- 4) Mengintegrasikan hasil survei kepuasan pelanggan dengan sistem penilaian kinerja unit dan individu.

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

IKU-2. 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%.

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.03%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%

Dari tabel capaian terlihat angka persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian belum memenuhi target. Pendapatan dari hasil penelitian masih sangat rendah yaitu Rp 15.930.000 dibandingkan dengan pendapatan Operasional Rp 55.110.343.080.

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

- 1) Masih rendahnya peminatan SDM Kesehatan khususnya tenaga medis dan tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan penelitian di rumah sakit;
- 2) Masih terbatasnya sarana dan prasarana berupa fasilitas operasional pendukung dalam menyelenggarakan penelitian di rumah sakit;
- 3) Belum terbentuknya Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) di Rumah Sakit;
- 4) Belum adanya program anggaran khusus dalam penyelenggaraan penelitian internal rumah sakit sebagaimana yang diamanatkan pada KMK-No.- HK.01.07-MENKES-1458-2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik Di Rumah Sakit "Rumah sakit wajib memiliki perencanaan dan alokasi anggaran penelitian klinik dalam rangka peningkatan pelayanan di rumah sakit dan pengembangan teknologi".

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Masih rendahnya peminatan SDM Kesehatan khususnya tenaga medis dan tenaga Kesehatan dalam menyelenggarakan penelitian di rumah sakit;
- 2) Masih terbatasnya sarana dan prasarana berupa fasilitas operasional pendukung dalam menyelenggarakan penelitian di rumah sakit;
- 3) Belum adanya program anggaran khusus dalam penyelenggaraan

penelitian internal rumah sakit sebagaimana yang diamanatkan pada KMK-No.- HK.01.07-MENKES-1458-2023 tentang Penyelenggaraan Penelitian Klinik Di Rumah Sakit “Rumah sakit wajib memiliki perencanaan dan alokasi anggaran penelitian klinik dalam rangka peningkatan pelayanan di rumah sakit dan pengembangan teknologi”.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Pengusulan anggaran program penelitian internal dan reward bagi tenaga kesehatan yang melakukan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 2) Melakukan survey kapasitas penelitian di RSUP Dr. Johannes Leimena yang bertujuan untuk mengetahui kompetensi SDM Kesehatan dalam penelitian dan rencana topik penelitian serta inovasi pengembangan dibidang kedokteran dan kesehatan yang akan dilaksanakan.
- 3) Usulan pelatihan yang diperlukan oleh tenaga medis dan kesehatan terkait kegiatan penelitian.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Pengajuan usulan anggaran program pembiayaan penelitian untuk pemenuhan sarana dan prasarana penyelenggaraan penelitian di rumah
- 2) Melakukan perubahan tarif penelitian yang disesuaikan unit cost dengan mempertimbangkan wilayah Timur Indonesia.
- 3) Melaksanakan survey kapasitas penelitian tenaga medis
- 4) Mengajukan usulan tambahan staf dalam tim kerja penelitian;

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 :

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

IKU-3. 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

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	79.30%	50%	100%	25%	50%

Indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan sudah memenuhi target yang ditentukan yaitu 79.30% 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.

▪ **Analisa (keberhasilan/kegagalan) Pencapaian Target**

- 1) Pencapaian belum mencapai 100% karena masih terdapat kendala pada integrasi sistem, baik dari sistem internal rumah sakit maupun sistem eksternal seperti asuransi dan BPJS. Hal ini menyebabkan proses pendaftaran belum sepenuhnya berjalan secara otomatis dan terintegrasi.
- 2) Aplikasi keuangan saat ini masih dalam pengumpulan kebutuhan data dan proses pengembangan, sehingga belum dapat mendukung seluruh proses secara maksimal.

- 3) Jumlah tenaga programmer yang terbatas menyebabkan fokus tim masih terbagi pada pengembangan beberapa aplikasi prioritas lainnya, sehingga proses penyempurnaan sistem belum dapat dilakukan secara optimal.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Hasil perhitungan pada Aplikasi Remunerasi belum sepenuhnya sesuai dengan realisasi pembayaran. Perbedaan ini terjadi karena formula perhitungan remunerasi dan potongan masih dalam tahap pembahasan dan penyempurnaan.
- 2) Integrasi dengan pihak eksternal seperti BPJS dan asuransi sangat mempengaruhi kinerja sistem. Jika terjadi gangguan atau perubahan dari pihak eksternal, maka akan berdampak langsung pada proses internal rumah sakit.
- 3) Monitoring terhadap performa sistem dan pencapaian indikator belum dilakukan secara rutin dan terstruktur, sehingga beberapa kendala terlambat teridentifikasi.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Melakukan finalisasi dan sinkronisasi formula perhitungan remunerasi agar hasil pada aplikasi sesuai dengan realisasi pembayaran.
- 2) Mempercepat proses pengumpulan kebutuhan dan pengembangan aplikasi keuangan agar dapat segera digunakan secara optimal dalam mendukung operasional rumah sakit.'
- 3) Melakukan penyesuaian prioritas pekerjaan atau penambahan sumber daya programmer untuk mempercepat penyelesaian pengembangan dan integrasi sistem.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Melakukan koordinasi intensif dengan pihak internal maupun eksternal (BPJS, asuransi, dan unit terkait) guna memastikan integrasi sistem berjalan lebih optimal.

- 2) Meningkatkan kerja sama antara tim IT dengan unit keuangan, pelayanan, dan kepegawaian untuk mempercepat proses integrasi dan pengembangan sistem.

4. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA TATA KELOLA YANG BERSIH DAN AKUNTABEL

IKU-4. 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

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
BLU Maturity Rating	Belum Periode Penilaian	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2

Dari tabel capaian IKU Skor BLU Maturity Rating didapatkan hasil self assessment sebesar 3,6. Berdasarkan hasil pemeriksaan sementara oleh Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan (DJPb) Kementerian Keuangan Provinsi Maluku karena belum dibukanya aplikasi BIOS untuk penilaian Maturity Rating 2025.

▪ Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target

Keberhasilan IKU Skor BLU Maturity Rating disebabkan karena belum dibukanya aplikasi BIOS untuk penilaian Maturity Rating 2025. Dimana pada aplikasi BIOS, rumah sakit menginput hasil capaian, kemudian dilakukan penilaian oleh PPK BLU (Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum).

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) PIC belum sepenuhnya memahami indikator dan kriteria penilaian setiap aspek penilaian Maturity Rating.
- 2) Terdapat kegiatan yang sudah terlaksana tapi belum didokumentasikan.

- 3) Belum ada keseragaman format dokumen dari PPK BLU, sehingga terjadi perbedaan interpretasi dalam penyusunan dokumen yang menjadi persyaratan Maturity Rating.
- 4) PIC belum sepenuhnya melakukan perbaikan dokumen berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan (DJPb) Kementerian Keuangan Provinsi Maluku.
- 5) Belum dibukanya aplikasi BIOS untuk penilaian Maturity Rating 2025.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Menyusun dokumen yang menjadi persyaratan untuk penilaian *Maturity Rating Tahun 2025*
- 2) Melakukan perbaikan dokumen berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan (DJPb) Kementerian Keuangan Provinsi Maluku
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terkait progress penyusunan dokumen persyaratan *Maturity Rating*

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Perlu dilakukan benchmarking dengan RSV BLU Lainnya yang sudah memiliki nilai Maturity Rating yang tinggi, sehingga tim Maturity Rating RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon bisa lebih paham dalam menyusun dokumen agar dapat meningkatkan nilai Maturity Rating rumah sakit.
- 2) Melengkapi dokumen data dukung Maturity Rating.
- 3) Menjadikan hasil penilaian Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025 sebagai acuan untuk penyusunan dokumen untuk Skor BLU Maturity Rating Tahun 2026.

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

IKU-5. *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.

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Bed Occupancy Rate (BOR)	73.93%	70%	70%	70%	70%

Target pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu 70%. Adapun pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) pada Semester I Tahun 2026 yaitu 73.93% sehingga telah mencapai target. Adapun nilai ideal BOR menurut DepKes yaitu 60-85 % sedangkan menurut standar Barber Johnson (BJ) yaitu 75-85 %, BOR yang ideal menunjukkan bahwa tempat tidur rawat inap dimanfaatkan secara optimal.

▪ Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target

- 1) Motivasi dan kerja sama antar unit serta monitoring dan evaluasi pencapaian BOR
- 2) Faktor musiman seperti musim penyakit tertentu yang mempengaruhi jumlah pasien dan pemakaian TT
- 3) Ketersediaan jumlah SDM dan ketersediaan bed sesuai kriteria pasien (Isolasi, Infeksi, Anak/Dewasa, Laki-laki/Perempuan)

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) Meningkatnya rata-rata lama rawat pasien
- 2) Tidak terdapat informasi rincian tempat tidur kosong untuk masing-masing kriteria pasien contoh : jumlah tempat tidur kosong untuk laki-laki kelas 3.
- 3) Terdapat kamar / tempat tidur kosong tetapi tidak sesuai dengan kriteria kebutuhan pasien, contoh : pasien dengan kebutuhan kamar isolasi tetapi yang tersedia adalah tempat tidur non isolasi.

- 4) Kurangnya kepatuhan DPJP dalam mengisi rencana kepulangan pasien pada SIMRS (Discharge Planing).
- 5) Kepatuhan jam pemulangan pasien tidak diterapkan secara ketat sesuai SOP sehingga berdampak pada lama tunggu pasien IGD dan Elektif yang seharusnya dapat meningkatkan nilai BOR.
- 6) Proses tranfer pasien ke ruang perawatan masih lebih dari 4 jam.
- 7) Adanya ruang perawatan dalam tahap perbaikan.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Membuat link pengisian pasien pulang rawat inap yang diisi petugas kasir jika ada pasien pulang yang melapor ke kasir.
- 2) Analisis Data dan Monitoring *Bed Occupancy Rate* (BOR) setiap hari/minggu/bulan.
- 3) Lakukan evaluasi pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) setiap/bulan.
- 4) Usulan pembuatan Dashboard ketersediaan tempat tidur.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

Adapun rekomendasi perbaikan kinerja 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, administrasi pulang agar turnover pasien meningkat.
- 5) Kepatuhan pengisian data rencana pulang pasien
- 6) Adanya management bed antrian pasien IGD dan Poliklinik, setiap informasi pasien rencana pulang dan pulang wajib terinfokan kepada bagian admisi.

6. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA MUTU LAYANAN KLINIS YANG BAIK DAN KONSISTEN

IKU-6. *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) $\sum \text{insiden CAUTI (jumlah kasus CAUTI} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap)} \times 1,000 \text{ catheter urinary-days.}$
- 2) $\sum \text{insiden VAP (jumlah kasus VAP} \div \text{jumlah lama hari pemakaian ventilator)} \times 1,000 \text{ ventilator days.}$
- 3) $\sum \text{insiden CLABSI (jumlah kasus CLABSI} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral)} \times 1,000 \text{ central-days.}$
- 4) $\sum \text{insiden SSI (jumlah kasus SSI} \div \text{jumlah tindakan operasi)} \times 100$

Catatan : Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	CAUTI : 0,1 ‰ VAP : 0,3 ‰ CLABSI : 0,2 ‰ SSI : 0,9 ‰ CAPAIAN SEMESTER I : 75%	100%	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	100%

Persentase keberhasilan Mutu TW II : 75% (3 dari 4 indikator berhasil ditekan di bawah batas toleransi/menunjukkan penurunan, dengan kegagalan pada status *zero infection* CAUTI)

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

Secara umum, kinerja pencegahan infeksi di tahun 2025 menunjukkan hasil yang beragam. Ada indikator yang sangat berhasil, namun ada pula yang mengalami penurunan kinerja drastis di akhir tahun.

- 1) Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) & Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Target zero infection untuk indikator CAUTI dan CLABSI pada Triwulan II tidak tercapai akibat anomali lonjakan insiden pada bulan April, di mana angka CLABSI mencapai 12,5‰ dan CAUTI mencapai 3,7‰. Meskipun intervensi komprehensif dari Tim IPCN berhasil menekan kembali angka tersebut menjadi 0‰ pada bulan Mei dan Juni, lonjakan di awal triwulan ini mengindikasikan adanya kendala insidental. Akar masalah diidentifikasi berasal dari penurunan kepatuhan penerapan insertion bundle dan maintenance bundle, khususnya pada unit-unit perawatan dengan mobilitas kedaruratan dan sirkulasi pasien yang tinggi.
- 2) Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) Pemantauan indikator VAP menunjukkan tren perbaikan klinis yang sangat progresif pasca-lonjakan di awal tahun. Tercatat penurunan insiden secara bertahap

dan konsisten selama Triwulan II (April: 5,0‰ → Mei: 4,0‰ → Juni: 0,0‰). Penurunan drastis menuju angka 0‰ pada akhir triwulan membuktikan bahwa kepatuhan staf di unit intensif terhadap implementasi VAP bundle—terutama pada aspek sedation vacation, kebersihan mulut (oral hygiene) berkala, dan elevasi kepala tempat tidur 30–45 derajat—mengalami peningkatan yang signifikan dan terimplementasi dengan baik.

- 3) Surgical Site Infection (SSI) Pencapaian kinerja untuk indikator SSI berhasil dipertahankan pada tingkat yang sangat memuaskan, dengan angka kumulatif Triwulan II sebesar 0,3% (berada jauh di bawah ambang batas maksimal). Meskipun sempat tercatat 1 (satu) insiden infeksi pada bulan Mei (1,0%), kondisi tersebut berhasil dimitigasi dengan cepat sehingga insiden kembali turun menjadi 0% pada bulan Juni. Kestabilan data ini merepresentasikan tingginya efektivitas audit bundle pra-bedah serta konsistensi penerapan teknik aseptik maksimal oleh tenaga medis di instalasi bedah sentral maupun ruang rawat inap bedah.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Berdasarkan pola data di atas, hambatan yang mungkin dihadapi adalah: Kepatuhan Bundle HAIs yang Tidak Konsisten:

- 1) Kesenjangan Pelaporan Administratif dan Fakta Klinis, hasil audit real-time oleh Tim PPI di lapangan (bedside) menemukan bahwa penerapan prinsip Aseptic Non-Touch Technique dan kepatuhan hand hygiene (terutama momen kedua sebelum tindakan aseptik) masih belum konsisten. Pengisian formulir kelengkapan asuhan cenderung dipandang sebagai rutinitas administratif semata, sehingga memunculkan risiko pelaporan "Nol Semu" (False Zero) pada akhir triwulan.
- 2) Titik Inseri Kedaruratan Pemasangan awal alat invasif (kateter urine dan akses intravena) dominan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Saat terjadi lonjakan pasien masuk, seringkali memaksa tindakan inseri life-saving dilakukan secara cepat. Situasi kedaruratan

ini memicu pengabaian sebagian prosedur insertion bundle (seperti preparasi kulit maksimal), yang manifestasi klinis infeksi baru muncul beberapa hari kemudian saat pasien dirawat di unit intensif.

- 3) Hambatan Psikologis dalam Pelaporan Kasus Masih terdapat keengganan di kalangan staf pelaksana dan kepala ruangan untuk melaporkan temuan gejala infeksi secara proaktif dan transparan. Temuan infeksi di unit kerap diasumsikan sebagai indikator kegagalan asuhan ruangan yang berpotensi mendatangkan sanksi manajerial. Hambatan psikologis ini memicu budaya pelaporan yang pasif (under-reporting) dan menghambat upaya intervensi dini oleh Tim PPI.
- 4) Keterbatasan Fasilitas Penegakan Diagnosis Definitif Belum optimalnya ketersediaan reagen dan infrastruktur pemrosesan kultur mikrobiologi di rumah sakit membatasi kemampuan klinisi untuk menegakkan diagnosis pasti. Akibatnya, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) mengalami kendala dalam membedakan secara tegas antara reaksi inflamasi sistemik pasca-tindakan dengan infeksi Healthcare-Associated Infections (HAIs) aktif, yang memicu bias pada data surveilans.
- 5) Belum Optimalnya Evaluasi Kelayakan Alat Harian Disiplin untuk melepaskan alat invasif sesegera mungkin saat indikasi medisnya telah selesai belum berjalan maksimal. Evaluasi harian mengenai kelanjutan pemasangan kateter urine atau jalur vena sentral belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam komunikasi operan jaga perawat (SBAR Handover) maupun tinjauan medis harian. Hal ini berdampak pada perpanjangan masa pakai alat (device-days exposure) yang meningkatkan risiko kolonisasi kuman.

▪ Upaya Yang Telah Dilakukan

- 1) Pelaksanaan Surveilans Aktif Terfokus (Active Case Finding Menyikapi indikasi pelaporan pasif dari ruangan, Tim IPCN telah meningkatkan frekuensi telusur apangan secara harian ke unit-unit perawatan intensif dan ruang rawat inap. Telusur difokuskan pada observasi langsung terhadap kondisi klinis pasien yang terpasang alat invasif (kateter urine, CVC, dan ventilator) untuk memvalidasi kesesuaian antara

dokumen rekam medis dengan gejala faktual di sisi pasien.

- 2) Edukasi Korektif Langsung (On-The-Spot Re-education) Tim PPI telah mengubah pendekatan audit dari sekadar pemantauan formulir menjadi observasi kepatuhan secara real-time. Saat ditemukan deviasi prosedur—seperti kegagalan penerapan Aseptic Non-Touch Technique (ANTT) atau kealpaan melakukan kebersihan tangan sebelum manipulasi alat—IPCN langsung memberikan koreksi teknis dan edukasi singkat kepada perawat atau bidan yang bertugas pada saat itu juga.
- 3) Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan Berkala Bekerja sama dengan Unit Kesehatan Lingkungan (Kesling) dan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSRs), telah dilakukan inspeksi dan intervensi perbaikan terhadap fasilitas cuci tangan (wastafel, ketersediaan hand rub), tata udara ruangan, serta pembersihan berkala pada area sekitar tempat tidur pasien berisiko tinggi.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Mewajibkan proses evaluasi indikasi medis untuk pelepasan alat invasif dimasukkan ke dalam format operan jaga harian perawat (SBAR Handover) dan lembar asesmen harian Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Tidak ada alat yang dipertahankan tanpa alasan klinis yang didokumentasikan setiap harinya.
- 2) Audit wajib dilakukan secara observasi langsung (pengamatan mata) oleh tim mutu ruangan atau IPCLN saat prosedur sedang berlangsung.
- 3) Selama kapasitas optimal laboratorium kultur mikrobiologi masih dalam tahap penyiapan, diagnosis surveilans infeksi ditegakkan menggunakan algoritma klinis. Penegakan kasus didasarkan pada kombinasi gejala objektif (seperti demam $> 38^{\circ}\text{C}$, purulensi) yang disilang dengan tren biomarker patologi klinik (Leukositosis, peningkatan CRP/Procalcitonin) yang divalidasi oleh DPJP. (Rujukan CDC-NHSN (Centers for Disease Control and Prevention - National Healthcare Safety Network) Patient Safety Component Manual. CDC melegitimasi penggunaan kriteria Sepsis Klinis (Clinical Sepsis)

sebagai landasan penegakan kasus infeksi apabila fasilitas gold standard (kultur mikrobiologi) mengalami keterbatasan.

- 4) Manajemen rumah sakit perlu menerbitkan komitmen tertulis mengenai No-Blame Policy (kebijakan tanpa sanksi) terhadap unit yang melaporkan insiden infeksi atau kesalahan asuhan secara jujur. Selain itu, perlu diinisiasi pemberian apresiasi bagi unit dengan tingkat validitas pelaporan data tertinggi.

IKU-7. % Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari

▪ Definisi Operasional

Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari adalah lama rawat pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi *taxanbased* atau *antracycline based* di ruang rawat inap.

▪ Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari}}{\text{Jumlah seluruh pasien kanker payudara yang dirawat untuk kemoterapi di rawat inap}} \times 100\%$$

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari	93.7%	≥ 80%	-	-	≥ 80%

Target pencapaian Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari yaitu ≥ 80%. Adapun pencapaian Semester I Tahun 2026 yaitu 93.7% sehingga telah mencapai target.

- **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Terdapat hambatan 1 pasien yang kondisi klinis tidak optimal karena anemia yang harus dikoreksi sebelum Tindakan kemoterapi.

- **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Pelaksanaan skrining awal laboratorium (Hb, leukosit, trombosit) sebelum kemoterapi.
- 2) Pemberian obat anti-mual dan anti-alergi yang efektif sehingga meminimalkan reaksi efek samping selama pemberian kemoterapi yang bisa memperpanjang masa rawat.
- 3) Koordinasi antara dokter, perawat, dan farmasi untuk mempercepat proses kemoterapi.
- 4) Penyediaan terapi suportif (transfusi darah / obat penunjang) bagi pasien dengan kondisi tidak memenuhi syarat kemoterapi.

- **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Penguatan pra-kemoterapi di rawat jalan:
 - Pemeriksaan Hb dilakukan H-1 atau H-2 sebelum jadwal kemoterapi.
 - Jika Hb rendah, dilakukan koreksi terlebih dahulu di rawat jalan.
- 2) Koordinasi dengan bank darah: Memastikan kesiapan darah bagi pasien yang berisiko anemia.
- 3) Edukasi pasien: Pentingnya kontrol rutin dan persiapan sebelum kemoterapi.

IKU-8. % Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari

- **Definisi Operasional**

Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari adalah proporsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke Iskemik yang dirawat inap. LOS adalah jumlah hari perawatan pasien stroke iskemik.

▪ Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari}}{\text{Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari}} \times 100\%$$

Seluruh pasien Stroke Iskemik

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari	95.3%	≥ 80%	-	-	≥ 80%

Target pencapaian Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari yaitu ≥ 80%. Adapun pencapaian Semester I Tahun 2026 yaitu 95.3% sehingga telah mencapai target.

▪ Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target

Keberhasilan pencapaian lama rawat pasien Stroke Iskemik < 7 hari dengan persentase 95.3% adalah menunjukkan sistem manajemen stroke yang sangat efisien. Hampir seluruh pasien mendapatkan penanganan sesuai protokol standar tanpa adanya keterlambatan diagnostik dan pasien stroke segera mendapatkan penanganan tanpa menunggu lama di IGD.

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) Pasien datang dengan derajat stroke sedang hingga berat sehingga membutuhkan stabilisasi lebih lama.
- 2) Adanya penyakit penyerta (hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, gagal ginjal, dan lainnya) yang memperlambat pemulihan.
- 3) Terjadinya komplikasi selama perawatan, seperti pneumonia aspirasi, infeksi, atau gangguan menelan.
- 4) Sebagian pasien memerlukan rehabilitasi medik intensif sebelum dinyatakan aman untuk pulang.
- 5) Kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang dan menyediakan perawatan lanjutan di rumah belum optimal.

- 6) Beberapa pemeriksaan penunjang atau konsultasi multidisiplin masih memerlukan waktu sehingga memperpanjang lama rawat.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Mempertahankan implementasi Clinical Pathway Stroke Iskemik secara konsisten
- 2) Melaksanakan discharge planning sejak hari pertama pasien dirawat
- 3) Mempercepat pemeriksaan diagnostik dan konsultasi multidisiplin
- 4) Mengoptimalkan rehabilitasi medik sedini mungkin sesuai kondisi pasien
- 5) Melakukan monitoring harian terhadap pasien yang berpotensi LOS >7 hari
- 6) Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan lanjutan di rumah

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Mempertahankan capaian indikator melalui evaluasi rutin terhadap kepatuhan Clinical Pathway Stroke Iskemik.
- 2) Memperkuat peran Case Manager dalam mengoordinasikan pelayanan multidisiplin dan mempercepat proses pemulangan pasien.
- 3) Mengoptimalkan rehabilitasi medik dan edukasi keluarga sejak awal perawatan agar pasien siap dipulangkan sesuai kondisi klinis.
- 4) Melakukan monitoring indikator LOS setiap bulan dan membahas hasilnya dalam rapat mutu instalasi sebagai dasar perbaikan berkelanjutan.
- 5) Memastikan setiap keputusan pemulangan tetap mengutamakan keselamatan pasien, sehingga upaya mencapai target LOS tidak mengurangi kualitas pelayanan maupun meningkatkan risiko readmisi.

7. 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 20% dari total keseluruhan pendapatan Rumah Sakit.

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	14.85%	20%	50%	10%	20%

Berdasarkan table Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS dengan target 20% belum memenuhi target dengan baik di semester I tahun 2026 sebesar 14.85%.

▪ Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target

Adapun ketidak berhasilan/keberhasilan pencapaian target pendapatan Non- JKN diantaranya:

- 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 20% yang diberikan.
- 4) Peralihan pasien umum yang banyak menggunakan JKN
- 5) Perlunya meningkatkan kunjungan dan pelayanan Rawat Jalan Poli VIP

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

Adapun Hambatan yang dihadapi dalam mencapai target sebagai berikut :

- 1) Proses Administrasi dan penagihan klaim Asuransi/Perusahaan terhambat

- 2) Fluktuasi jumlah pasien umum dan perubahan pola pembayaran
- 3) Terbatasnya sumber daya manusia yang fokus pada penagihan dan pengelolaan penerimaan Non-JKN
- 4) Kurangnya pemantauan pasien pulang dengan tidak menyelesaikan administrasi

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

Upaya yang Telah dilakukan diantaranya sebagai berikut :

- 1) Bertambahnya kerja sama dengan pihak perusahaan asuransi untuk meningkatkan penerimaan dari sumber asuransi perusahaan.
- 2) Meningkatkan promosi dan pelayanan kepada pasien umum guna mempertahankan dan meningkatkan penerimaan dari sumber umum.
- 3) Optimalisasi pencatatan dan penagihan selisih naik kelas JKN untuk memaksimalkan pendapatan non-JKN dari kategori ini.
- 4) Menyediakan fasilitas lengkap dalam hal perbankan untuk memudahkan proses pembayaran dan penagihan.
- 5) Meningkatkan keramahan staff, kenyamanan dan kebersihan fasilitas, mempercepat proses pembayaran.
- 6) Transparansi harga secara umum dalam media sosial guna edukasi perkiraan biaya rawat dan membangun kepercayaan masyarakat
- 7) Melakukan penagihan terkait tagihan umum pasien melalui Whatshap kasir
- 8) Melakukan penguncian sistem atau menambahkan peringatan pada sistem SIMRS bila mana pasien tersebut belum menyelesaikan administrasi.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 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, perusahaan BUMN yang ada di kota Ambon dan sekitarnya

- 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 santun terhadap masyarakat dengan sikap peduli
- 8) Melakukan promosi aktif dengan digitalisasi melalui media sosial
- 9) Membangun citra baik rumah sakit sebagai rujukan utama Maluku

8. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA DUKUNGAN MANAJEMEN DAN PELAKSANAAN TUGAS TEKNIS LAINNYA

IKU-10. Nilai Kinerja Penganggaran

▪ Definisi Operasional

Definisi operasional dalam laporan Nilai Kinerja Anggaran ini digunakan untuk memberikan kejelasan terhadap istilah dan indikator yang digunakan dalam proses pengukuran serta analisis kinerja anggaran pada satuan kerja. Setiap istilah mengacu pada pedoman resmi Kementerian Keuangan dan Kementerian Kesehatan agar penilaian bersifat objektif, terukur, dan konsisten. Berikut adalah definisi operasional dari komponen yang dinilai:

1) Nilai Kinerja Anggaran (NKA)

Nilai Kinerja Anggaran adalah ukuran kuantitatif yang menunjukkan tingkat keberhasilan satuan kerja dalam merencanakan dan melaksanakan anggaran berdasarkan efektivitas, efisiensi, dan kesesuaian antara rencana serta realisasi kegiatan.

NKA terdiri atas dua aspek utama:

- Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran, dan
- Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran

2) Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran

Merupakan penilaian terhadap kualitas penyusunan rencana anggaran, yang mencakup:

- Capaian Rencana Output (CRO) → Mengukur kesesuaian antara target output dalam RKA/DIPA dengan rencana kerja dan indikator kinerja yang telah ditetapkan.
- Penggunaan Standar Biaya Keluaran (SBK) → Menilai sejauh mana satuan kerja menggunakan SBK dalam menyusun anggaran kegiatan secara efisien dan berbasis hasil (output-based budgeting).
- Efisiensi SBK → Menggambarkan tingkat efisiensi dalam perencanaan biaya untuk mencapai output tertentu, dibandingkan dengan standar biaya yang berlaku. Aspek ini menilai efektivitas perencanaan dan menjadi cerminan dari kesiapan satuan kerja dalam melaksanakan program secara optimal.

3) Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran

Merupakan penilaian terhadap efektivitas dan efisiensi satuan kerja dalam melaksanakan dan mengelola anggaran. Aspek ini meliputi beberapa komponen, yaitu:

- Revisi DIPA → Frekuensi dan ketepatan revisi DIPA yang dilakukan selama tahun anggaran, di mana semakin sedikit revisi menunjukkan semakin baik kualitas perencanaan awal.
- Deviasi Halaman III DIPA → Selisih antara target rencana output pada Halaman III DIPA dengan realisasi aktualnya; semakin kecil deviasi berarti semakin baik pelaksanaan kegiatan.
- Penyerapan Anggaran → Persentase realisasi belanja terhadap pagu anggaran, mencerminkan kemampuan satuan kerja dalam merealisasikan anggaran sesuai rencana waktu dan kegiatan.
- Capaian Output → Persentase realisasi output dibandingkan target output yang direncanakan; menjadi indikator langsung efektivitas pelaksanaan anggaran.

▪ Cara Perhitungan

Perhitungan Nilai Kinerja Penganggaran menggunakan aplikasi SMART DJA Kementerian Keuangan.

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Nilai Kinerja Penganggaran	70.37	92.75	-	92.35	92.75

Nilai Kinerja Penganggaran ditargetkan sebesar 92,75. Realisasi capaian menunjukkan Nilai Kinerja Penganggaran belum mencapai target pada semester I karena nilai Aspek Perencanaan Anggaran, khususnya indikator Capaian Output, masih belum optimal.

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) Proses pengadaan barang/jasa masih berlangsung sehingga sebagian output belum dapat diselesaikan.
- 2) Terdapat penyesuaian jadwal pelaksanaan kegiatan sesuai kebutuhan pelayanan rumah sakit.
- 3) Pelaksanaan pelatihan dan kegiatan pendukung disesuaikan dengan ketersediaan narasumber serta jadwal pelayanan.
- 4) Beberapa kegiatan baru dapat direalisasikan setelah terpenuhinya persyaratan administrasi dan kontraktual.
- 5) Terdapat revisi anggaran yang mengakibatkan penambahan volume output pada belanja modal, sehingga target output berubah dan memerlukan penyesuaian perencanaan serta jadwal pelaksanaan.

▪ Upaya Yang Telah Dilakukan

Rencana aksi dan upaya yang telah dilakukan di Triwulan IV 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)

b. Deviasi Halaman III DIPA

- Melakukan rapat Rencana Penarikan Dana (RPD) Triwulan IV dengan Direktur PKLO, Perbendaharaan, dan Pengadaan
- Melakukan revisi pemutakhiran halaman III DIPA Triwulan IV
- 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. Pengelolaan UP dan TUP

- Bendahara melakukan permintaan jumlah UP sesuai kebutuhan
- Bendahara melakukan GUP minimal 50% per 15 hari

h. Capaian Output

- Menginput Capaian Output di aplikasi SAKTI secara berkala

3) Nilai Kinerja Penganggaran

- Monitoring nilai kinerja penganggaran di aplikasi SMART DJA

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

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

- 1) Melakukan percepatan penyelesaian kegiatan yang masih berproses.
- 2) Mengoptimalkan monitoring mingguan terhadap RO yang memiliki pagu besar agar tidak terjadi keterlambatan capaian.
- 3) Memastikan pelaporan capaian output dilakukan tepat waktu dan sesuai kondisi riil pelaksanaan kegiatan.
- 4) Melakukan evaluasi berkala terhadap kegiatan yang memiliki progress rendah sehingga dapat segera dilakukan langkah percepatan.
- 5) Mengoptimalkan percepatan proses pengadaan dan penyelesaian kegiatan belanja modal pasca revisi anggaran.
- 6) Memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah disesuaikan agar target capaian output dapat tercapai.

IKU-11. Indeks Kualitas SDM

▪ **Definisi Operasional**

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu faktor utama dalam menentukan keberhasilan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kualitas SDM yang baik akan berpengaruh terhadap mutu pelayanan, keselamatan pasien, serta pencapaian tujuan organisasi. Sebagai rumah sakit vertikal di bawah Kementerian Kesehatan, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dituntut untuk memiliki tenaga kesehatan dan

tenaga penunjang yang kompeten, serta mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat.

Dalam rangka mengetahui tingkat kualitas SDM yang dimiliki, diperlukan suatu pengukuran yang sistematis melalui penyusunan Indeks Kualitas SDM yang dapat dinilai dari Nilai Indeks Profesionalitas SDM atau yang lebih dikenal dengan IP ASN. Indeks ini menjadi salah satu indikator untuk menilai kondisi SDM berdasarkan aspek pendidikan, kompetensi, pelatihan, serta pengembangan kompetensi profesional.

Sesuai dengan Pedoman Pengukuran Indeks Kualitas SDM di Lingkungan Kementerian kesehatan, Capaian Indeks Kualitas SDM Unit merupakan rata-rata Indeks Profesionalitas ASN di Unit masing-masing dengan target sebesar 82 nilai di tahun 2026. Dalam ketentuan tersebut, IP ASN digunakan sebagai instrumen evaluasi dalam rangka mendukung reformasi birokrasi dan peningkatan kualitas pelayanan publik. Nilai IP ASN yang diperoleh mencerminkan tingkat profesionalitas individu ASN yang kemudian dapat diakumulasi untuk menggambarkan kualitas SDM di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

▪ Cara Perhitungan

Persentase pegawai yang mendapatkan nilai IP ASN >82 :

ASN (PNS dan PPPK) yang mendapatkan Nilai IP ASN >82	X 100%
Total keseluruhan ASN (PNS dan PPPK) RS Johannes Leimena	

Rata-rata nilai IP ASN RSUP Leimena:

Total Nilai IP ASN RSUP Leimena
Total keseluruhan ASN (PNS dan PPPK) RS Johannes Leimena

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Indeks Kualitas SDM	78.90	82	-	-	82

Dapat dilihat bahwa berdasarkan dashboard Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian Kemenkes, capaian Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada Triwulan II tahun 2026 tercatat sebesar **78,66**. Nilai tersebut berbeda dengan hasil perhitungan manual yang dilakukan oleh bagian SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon yaitu sebesar **78,90**. Perbedaan ini disebabkan karena pada dashboard Kemenkes masih terdapat sejumlah pegawai yang telah resign, meninggal dunia, dan mutasi namun masih tercatat sebagai pegawai aktif. Kondisi ini mempengaruhi perhitungan Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN), sehingga menghasilkan perbedaan nilai tersebut.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Masih terdapat banyak pegawai yang belum mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi pada triwulan ini, sehingga berdampak pada rendahnya pemenuhan indikator kompetensi dalam IP ASN.
- 2) Kegiatan pengembangan kompetensi pegawai pada Triwulan II belum memenuhi target minimal 25 JPL, yang merupakan standar minimum pada tahun 2026 ini.
- 3) Masih terdapat banyak pegawai yang belum mengikuti pelatihan fungsional/pelatihan teknis/pelatihan sejenisnya guna menambah nilai pada dimensi kompetensi dimana dimensi ini merupakan salah satu komponen penting dalam peningkatan nilai IP ASN. Hal ini berkontribusi terhadap rendahnya nilai profesionalitas ASN secara keseluruhan.
- 4) Masih banyak pegawai yang belum melakukan pembaharuan data kompetensi untuk memastikan sertifikat pelatihan pada platform LMS telah terintegrasi secara otomatis, yang mengakibatkan nilai IP ASN belum terupdate secara optimal dan belum mencerminkan kondisi riil kompetensi pegawai.
- 5) Portal SIMKA sering mengalami kesalahan (error) ketika seorang pegawai mengunggah lebih dari dua sertifikat. Kondisi tersebut menyebabkan dokumen sertifikat yang tampil tidak sesuai/tertukar dengan rincian sertifikat yang telah diinput. Akibatnya, sertifikat

tersebut tidak dapat diverifikasi dan harus ditolak agar pegawai dapat melakukan unggah ulang dokumen yang benar.

- 6) Proses unggah sertifikat bergantung pada status verifikasi dimana sistem tidak mengizinkan pegawai mengunggah sertifikat berikutnya apabila sertifikat yang telah diajukan sebelumnya belum diverifikasi. Kondisi ini menyebabkan proses pengunggahan sertifikat tertunda hingga proses verifikasi sertifikat sebelumnya selesai dilakukan.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Melakukan sosialisasi berulang terkait proses pembaharuan data kompetensi dan langkah-langkah mengunggah sertifikat secara manual pada portal e-office masing-masing pegawai.
- 2) Mendorong pegawai untuk mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi berupa: workshop, seminar, MOOC dan pelatihan baik secara daring maupun luring.
- 3) Melakukan pendataan ulang dan updating data IP ASN setiap bulannya.
- 4) Melakukan koordinasi dan verifikasi sertifikat pengembangan kompetensi.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Melakukan pengecekan dan verifikasi data secara berkala
- 2) Melakukan sosialisasi berulang agar pegawai selalu melakukan pembaharuan data setiap menyelesaikan pembelajaran pada platform LMS

IKU-12. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas Ditindaklanjuti

▪ **Definisi Operasional**

Hasil pemeriksaan adalah hasil akhir dari proses penilaian kebenaran, kepatuhan, kecermatan, kredibilitas, dan keandalan data/informasi mengenai pengelolaan dan tanggung jawab keuangan negara yang dilakukan secara independen, obyektif, dan profesional berdasarkan standar pemeriksaan, yang dituangkan dalam laporan hasil pemeriksaan sebagai Keputusan BPK.

Rekomendasi adalah saran dari pemeriksa berdasarkan hasil pemeriksaannya, yang ditujukan kepada orang dan/atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan. Pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam hasil pemeriksaan setelah hasil pemeriksaan diterima.

Tindak lanjut atas rekomendasi berupa jawaban atau penjelasan atas

▪ **Cara Perhitungan**

Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti merupakan indikator yang digunakan untuk melihat sejauh mana rekomendasi yang disampaikan oleh BPK melalui Laporan Hasil Pemeriksaan telah ditindaklanjuti oleh pejabat/satuan kerja terkait

$$\frac{\text{Jumlah Rekomendasi Yang Sudah di TL}}{\text{Jumlah Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}} \times 100\%$$

Sesuai Peraturan Badan Pemeriksa Keuangan Republik Indonesia No 2 Tahun 2017 tentang Pemantauan Tindak Lanjut Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan, menyebutkan Pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam hasil pemeriksaan setelah hasil pemeriksaan diterima sehingga dapat diartikan target persentase rekomendasi hasil BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti adalah sebesar 100%.

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas Ditindaklanjuti	100%	95%	-	-	95%

Target Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas Ditindaklanjuti sebesar 95%. Adapun capaian realisasi anggaran yang tercatat mencapai 100% sehingga telah mencapai target.

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

Adapun progres pencapaian Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti diantaranya:

Nomor	Jenis Dokumen	Status tindaklanjut (dalam progress/selesai)
1	Daftar Sanksi Hitam yang di tandatangani oleh KPA kepada penyedia CV W	Selesai
2	Menerbitkan daftar hitam kepada CV W dalam laman resmi 1 Daftar Hitam Nasional pada portal https://spse.inaproc.id/kemkes/ .	Selesai
3	Surat Pernyataan Direktur Utama terkait telah menerima instruksi dari Dirjen Kesehatan	Selesai
4	Surat Instruksi dari Direktur Utama terhadap Pejabat Terkait agar segera melaksanakan tindak lanjut sesuai yang tertuang di LHP BPK	Selesai

5	Surat Pernyataan dari Pejabat Terkait bahwa telah menerima instruksi dari Direktur Utama dan akan melaksanakan instruksi tersebut	Selesai
---	---	---------

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Tidak ada kendala dalam penyusunan dokumen RTL LHP BPK, kondisi saat ini adalah menunggu Berita Acara penyelesaian temuan dari BPK

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Upaya yang Telah dilakukan diantaranya Satker sudah melaksanakan desk dengan E-1 dan BPK (asesor) pada Senin, 29 Juni 2026. Asessor sudah menilai semua dokumen RTL telah sesuai.
- 2) Satker tetap membangun komunikasi terkait penerbitan Berita Acara penyelesaian temuan dari BPK

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

Melakukan follow-up secara berkala kepada penanggungjawab tindak lanjut progress tindak lanjut rekomendasi LHP BPK di tingkat E-1 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

IKU-13. 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 terpadu yang dikelola oleh Kementerian Keuangan, yaitu MyIntress (dulunya OMSPAN).

Perhitungan dilakukan dengan membandingkan nilai nominal realisasi anggaran yang telah disahkan dalam aplikasi MyIntress 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. Sebaiknya, 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 $\pm 5\%$ 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 2026 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.

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Realisasi Anggaran	39.06%	96%	-	96%	96%

Target realisasi anggaran hingga Semester I mencapai 39.06% dari target tahunan sebesar 96%, sehingga capaian masih berada di bawah target yang diharapkan pada periode tersebut.

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

Realisasi anggaran hingga Semester I mencapai 39.06% dari target tahunan sebesar 96%, sehingga capaian masih berada dibawah target yang diharapkan pada periode tersebut. Meskipun demikian, terdapat tren peningkatan realisasi secara bertahap dari 14.64% pada Triwulan I menjadi 20.67% pada April 28.44% pada Mei 39.06% dan Juni 39.06%. Hal ini menunjukkan bahwa proses pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran terus mengalami kemajuan.

Belum optimalnya pencapaian target dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- 1) Pelaksanaan sebagian kegiatan masih berada pada tahap persiapan atau proses pengadaan sehingga belum dapat direalisasikan pembayarannya.
- 2) Adanya penyesuaian jadwal pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kerja dan kebutuhan organisasi.
- 3) Proses administrasi, verifikasi dokumen, dan pengiriman barang dan pencairan anggaran yang memerlukan waktu

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Sebagian kegiatan masih dalam tahap persiapan dan proses pengadaan barang/jasa sehingga realisasi anggaran belum dapat dilakukan secara optimal.

- 2) Proses administrasi, verifikasi dokumen, pengiriman barang dan pencairan anggaran memerlukan waktu sehingga memengaruhi kecepatan penyerapan anggaran.
- 3) Pelaksanaan beberapa kegiatan mengalami penyesuaian jadwal karena menyesuaikan kebutuhan organisasi dan ketersediaan sumber daya.
- 4) Terdapat beberapa kegiatan yang memang dijadwalkan pelaksanaannya pada Semester II sehingga realisasi anggaran pada Semester I belum maksimal.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

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

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

Berkoordinasi dengan Tim Perencanaan dan PPK untuk memastikan pelaksanaan anggaran berjalan sesuai target.

IKU-14. Nilai SAKIP Unit Kerja

▪ **Definisi Operasional**

SAKIP (Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) adalah Suatu sistem yang digunakan oleh instansi pemerintah untuk merencanakan, mengukur, melaporkan, dan mengevaluasi kinerja dalam rangka memastikan penggunaan anggaran secara efektif, efisien, dan akuntabel serta berorientasi pada hasil (outcome).

▪ **Cara Perhitungan**

Berdasarkan hasil pemeriksaan SPI (Satuan Pengawas Internal)

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Nilai SAKIP Unit Kerja	84.15	83	-	-	83

Target Nilai SAKIP Unit Kerja sebesar 83%. Adapun capaian realisasi anggaran yang tercatat mencapai 84.15 sehingga telah mencapai target berdasarkan hasil penilaian dari SPI RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

Capaian nilai SAKIP Tahun 2025 telah memenuhi target yaitu sebesar 84.15 dari target 83.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Tidak ada hambatan

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Mempersiapkan sejak dini seluruh dokumen yang menjadi persyaratan untuk periode penilaian SAKIP 2026
- 2) Melakukan monitoring terkait penyusunan dokumen persyaratan SAKIP 2026.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Mempersiapkan sejak dini seluruh dokumen data dukung SAKIP Tahun 2026 secara lengkap dan terdokumentasi dengan baik sesuai ketentuan, sehingga mendukung peningkatan hasil penilaian SAKIP dibanding tahun sebelumnya.
- 2) Menjadikan hasil penilaian SAKIP Tahun 2025 sebagai acuan untuk penyusunan dokumen untuk SAKIP Tahun 2026.

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 :

9. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA SDM YANG ANDAL DAN BUDAYA ORGANISASI YANG BER-AKHLAK

IKU-15. 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 = $\text{Nilai Survei Kepuasan} \times 25$
- 4) Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan Semua Konversi Nilai Survei Kepuasan Tiap Unsur

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Belum Dilakukan Survey	78	Sangat Puas (88.3-100)	Puas (76.61 – 88.3)	78

Berdasarkan table Skor Tingkat Kepuasan Pegawai ditargetkan sebesar 78. Realisasi capaian menunjukkan belum diadakan survei untuk mengetahui Skor Tingkat kepuasan Pegawai Tahun 2026.

▪ **Analisa (Keberhasilan/Kegagalan) Pencapaian Target**

Ketidakberhasilan IKU Skor Tingkat Kepuasan Pegawai disebabkan belum diadakannya survei untuk mengetahui Skor Tingkat kepuasan Pegawai Tahun 2026.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Belum dilakukan koordinasi untuk kelanjutan survei di tahun 2026.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

Segala proses untuk melakukan survei kepuasan pegawai akan dilaksanakan pada triwulan III.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

Mempercepat koordinasi dengan pihak ketiga yang akan melakukan survei kepuasan pegawai tahun 2026.

IKU-16. Training Effectiveness Index (TEI)

▪ **Definisi Operasional**

Training Effectiveness Index (TEI) merupakan indikator yang mengukur persentase tenaga medis dan tenaga Kesehatan ASN yang telah memperoleh pengembangan kompetensi 40 Jam Pelajaran (JPL) dalam satu tahun melalui kegiatan pembelajaran yang terserifikasi dan difasilitasi oleh rumah sakit maupun penyelenggara yang diakui.

Indikator ini menggambarkan tingkat efektivitas penyelenggaraan program pengembangan kompetensi dalam mendukung peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan profesionalisme tenaga medis dan tenaga kesehatan sesuai tugas, fungsi jabatan, serta kebutuhan organisasi. Pengukuran dilakukan berdasarkan persentase ASN yang telah memenuhi ketentuan minimal 40 JPL terhadap jumlah ASN yang menjadi sasaran pengukuran pada periode pelaporan.

▪ **Cara Perhitungan**

Rumus TEI : % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Training Effectiveness Index	40.05%	74%	85%	70%	74%

Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi, dapat disimpulkan bahwa capaian pengembangan kompetensi ASN tenaga medis dan tenaga kesehatan pada Semester I Tahun 2026 belum memenuhi target yang telah ditetapkan dari target sebesar 74% realisasi capaian pada periode Semester I mencapai 40.05%.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Sebagai pegawai ASN belum menyelesaikan program pengembangan kompetensi melalui platfom Plataran Sehat

(Learning Management System/LMS) sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

- 2) Beberapa akun Plataran Sehat pegawai ASN belum tersinkronisasi dengan akun Satu Sehat SDMK sehingga pegawai mengalami kendala dalam mengakses dan mengikuti kegiatan pembelajaran pada platform Plataran Sehat.
- 3) Sebagian pegawai belum menyampaikan sertifikat atau bukti telah mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi secara tepat waktu. Laporan sertifikat umumnya baru disampaikan pada akhir triwulan atau mendekati batas waktu pelaporan. Sehingga menghambat proses pemantauan dan rekapitulasi capaian pengembangan kompetensi.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Menyusun dan memperbarui rekapitulasi data pengembangan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan berdasarkan status kepegawaian Aparatur Sipil Negara (ASN), yang meliputi Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). Rekapitulasi ini digunakan sebagai dasar pemantauan capaian jam oelajaran (JPL) serta evaluasi terhadap pemenuhan target pengembangan kompetensi.
- 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 pengembangan kompetensinya.
- 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 melapor sertifikat atau laporan pengembangan kompetensinya.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Meningkatkan pendampingan dan tindak lanjut follow up kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan ASN yang belum memenuhi target minimal 40 Jam Pelajaran (JPL) melalui koordinasi dengan unit kerja dan Penanggung Jawab (Person in Charge/PIC), sehingga pemenuhan target pengembangan kompetensi dapat dicapai sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 2) Melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap capaian persentase pengembangan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum mencapai 40 JPL. Hasil monitoring dan evaluasi dilaporkan kepada Manajemen Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan sebagai dasar koordinasi dengan PIC pada masing-masing unit kerja untuk memastikan pelaksanaan tindak lanjut secara efektif.
- 3) Melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk percepatan penyelesaian kendala sinkronisasi akun Plataran Sehat dengan Satu Sehat SDM, sehingga seluruh ASN dapat mengakses program pembelajaran dan memenuhi target pengembangan kompetensi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

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 :

10. SASARAN STRATEGIS :TERWUJUDNYA PENGELOLAAN KEUANGAN YANG ANDAL

IKU-17. 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%

▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Semester I Tahun 2026	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Ebitda Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	11%	1%	3%	1%	1%

Pencapaian EBITDA tahun ini telah mencapai target dilihat dari besar keuntungan operasional yang dihasilkan dari total pendapatan rumah sakit.

▪ Penyebab/Hambatan Kegagalan

- 1) Ketergantungan pada pendapatan JKN
- 2) Fluktuasi pendapatan non-JKN yang tidak stabil.
- 3) Fluktuasi pendapatan non-JKN yang tidak stabil.

▪ Upaya Yang Telah Dilakukan

- 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.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 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 1,307%, mengalami peningkatan sebesar 7.80% dari tahun 2025 dengan nilai capaian 91.14%.
- 2) Realisasi anggaran belanja Semester I Tahun 2026 adalah sebesar Rp. 75.945.274.031,- (39.05%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 194.474.283.000,- dengan perbandingan realisasi Tahun 2025 sebesar 96.20.
- 3) Dari total 17 IKU yang diukur pada Periode Semester I Tahun 2026 terdapat 8 IKU yang tercapai sesuai target, 7 IKU yang belum memenuhi target dan 2 IKU yang belum periode penilaian .

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 2026

NAMA SARASWATI
JABATAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. JOHANNES LEIMENA AMBON

NO.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 - Cakupan Layanan Kesehatan Esensial	
	SS 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 17 - Tingkat kepuasan pasien terhadap layanan Kesehatan	
		ISS 16 - Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi paripurna	
	024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	IKP 16.4 - Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	
	IKM 16.4.4.1 Tata Kelola yang bersih dan akuntabel		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Tata Kelola yang bersih dan akuntabel	IKM 16.4.4.1 - Skor BLU Maturity Rating	Level 2 Skor
	IKM. 16.3.1 Proses Bisnis yang efektif dan efisien		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	IKM 16.3.1 - Bed occupancy rate (BOR)	70 %
	IKM 16.3.2 Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	IKM 16.3.2 - Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan	50 %
	IKM 17.2.1 Layanan Terbaik Level Asia		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	IKM 17.2.1 - Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	78 (Baik) Skala
	IKM 33.7 Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan berfokus pada pelanggan		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan berfokus pada pelanggan	IKM 33.7 - Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan Rumah Sakit	20 %
	IKM 33.8 Pengelolaan Keuangan yang Andal		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	IKM 33.8 - EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional Netto)	1 %
	IKM 16.4 1.1 Mutu Layanan Kilnis yang baik dan Konsisten		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Mutu Layanan Kilnis yang baik dan Konsisten	IKM 16.4 1.1 - Healthcare Associated Infection (HAIs) Rates	100 %
		IKM 16.4 1.2 - Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	≥ 80 %
		IKM 16.4 1.3 - Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) 7 Hari	≥ 80 %
2.	Teknologi Kesehatan yang Maju	IT 5 - Persentase Populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional	
	SS 5.1 Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan dan uji klinis	ISS 32 - Peningkatan Kapabilitas Uji Klinik di Indonesia	
	024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Program: Meningkatnya layanan berbasis kedokteran presisi		
	IKM 32.2.1.1 Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang berkesinambungan		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang berkesinambungan	IKM 32.2.1.1 - Persentase Pendapatan yang diperoleh dari semua Penelitian	0,5 %

NO.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 - Nilai <i>Good Public Governance</i> Kementerian Kesehatan	
	SS 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 - Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan	
	024.WA Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan		
	IKM 33.6 SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Berakhlak		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Berakhlak	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 (Puas) Skala
		IKM 33.2 - Training Effectiveness Index	73,75 %
	IKM 33.7 Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Unit Kerja		
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Unit Kerja	IKM 33.3 - Persentase Realisasi Anggaran	96 %
		IKM 33.4 - Nilai Kinerja Penganggaran	92,55 Nilai
		IKM 33.5 - Index Kualitas SDM	82 Nilai
		IKM 33.6 - Persentase Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	95 %
		IKM 33.07 - Nilai SAKIP	82,23 Nilai

NO.	Kegiatan	Anggaran
1.	Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan	Rp. 92.768.664.000
2.	Program Dukungan Manajemen	Rp. 77.149.790.000
Total Anggaran DIPA Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon		Rp. 169.918.454.000

LAMPIRAN II
MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF

Perspektif Stakeholder

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2026	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya layanan terbaik level Asia						
1	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64	87.05%	96.03%	8	7.68
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas						
2	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.5%	0.03%	6%	2	0.12
Total Skor					10	7.8
% Capaian Perspektif Stakeholder					78%	

Perpektif Proses bisnis internal

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2026	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal						
1	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	50%	79.30%	158.6%	10	15.86
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel						
2	BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 2	N/A	N/A	8	N/A
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien						
3	Bed occupancy rate (BOR)	70%	73.93%	105.6%	15	15.84
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten						
4	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	100%	75%	75%	2	1.5
5	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 hari	80%	93.7%	117.12%	10	11.71

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2026	%	Bobot (B)	% X B
6	Pasien Stroke Iskemik dengan Length Of Stay (LOS) 7 hari	80%	95.3%	119.37%	10	11.93
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan						
7	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	20%	14.85%	74.25%	5	3.71
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya						
8	Nilai Kinerja Penganggaran	92.75	70.37	73.30%	3	2.20
9	Realisasi Anggaran	96%	39.06%	40.6%	1	0.41
10	Indeks Kualitas SDM	82	78.90	96.21%	2	1.92
11	Persentase Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%	100%	105.26%	2	2.11
12	Nilai SAKIP	83	84.15	101.38%	2	2.02
Total Skor					70	69.21
% Capaian Perspektif Proses bisnis internal					98.87%	

Perspektif Learning and Growth						
NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2026	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK						
1	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	N/A	N/A	8	N/A
2	Training Effectiveness Index (TEI)	73.75%	40.05%	54.30%	10	5.43
Total Skor					18	5.43
% Capaian Perspektif Learning and Growth					30.17%	

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN SEMESTER I TAHUN 2026	%	Bobot (B)	% X B
Perpektif Finansial						
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal						
1	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	11%	1,100%	2	22
Total Skor					2	22
% Capaian Perspektif Financial					1,100%	

NO	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	CAPAIAN
1	Aspek Stakeholder	10	78
2	Aspek Proses Bisnis Internal	70	98.87
3	Aspek Learning and Growth	18	30.17
4	Aspek Financial	2	1100
TOTAL		100	1,307%

LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN

Sumber Dana	PAGU	REALISASI	%
RM	77,149,790,000	36,835,594,736	47,75%
BLU	92,768,664,000	35,148,766,693	37,89%
Saldo Awal	24,555,829,000	3,960,912,602	16,13%
Total	194,474,283,000	75,945,274,031	39,05%

Realisasi Belanja Per Sumber Dana

NO	(KODE) SUMBER DANA	KETERANGAN	JENIS BELANJA			TOTAL
			PEGAWAI	BARANG	MODAL	
1	(A) RUPIAH MURNI	PAGU	66.697.852.000	10.451.938.000	0	77.149.790.000
		REALISASI	31.579.713.043	5.255.881.693	0	36.835.594.736
			47.35%	50.29%	0%	47.75%
		SISA	35.118.138.957	5.196.056.307	0	40.314.195.264
2	(F) BADAN LAYANAN UMUM	PAGU	0	92.768.664.000	0	92.768.664.000
		REALISASI	0	35.148.766.693	0	35.148.766.693
			0%	37.89%	0%	37.89%
		SISA	0	57.619.897.307	0	57.619.897.307
3	(S) SALDO AWAL BLU	PAGU	0	10.330.744.000	14.225.085.000	24.555.829.000
		REALISASI	0	649.714.381	3.311.198.221	3.960.912.602
			0%	6.29%	23.28%	16.13%
		SISA	0	9.681.029.619	10.913.886.779	20.594.916.398
GRAND TOTAL		PAGU	66.697.852.000	113.551.346.000	14.225.085.000	194.474.283.000
		REALISASI	31.579.713.043	41.054.362.767	3.311.198.221	75.945.274.031
		%	47.35%	36.15%	23.28%	39.05%
		SISA	35.118.138.957	72.496.983.233	10.913.886.779	118.529.008.969