

# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)

**RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON  
TAHUN 2025**



**LEMBAR PENGESAHAN**

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA  
RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON  
TAHUN 2025**

Ambon, 23 Januari 2026

**Dektur Utama**



**drg. Saraswati, MPH**

**Direktur Medik dan Keperawatan**



**dr. Fahmi Maruapey, Sp.An**

**Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian**



**Ester Manapa Samparaya, SKM., M.Kes**

**Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional**



**Nugroho Tam Tomo, SE., M.Kes**

## KATA PENGANTAR



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

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

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

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

Direktur Utama  
RSUP Dr. Johannes Leimena,



**drg. Saraswati, MPH**

## EXECUTIVE SUMMARY

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

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

Pencapaian kinerja untuk Tahun 2025 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja tahun 2025 adalah sebesar Rp. 155.605.613.165,- (96.20%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 161.757.519.000,- dengan perbandingan realisasi Tahun 2024 sebesar 96.60.

Pencapaian IKU Direktur Utama untuk Tahun 2025 secara keseluruhan mencapai 91.14% mengalami peningkatan sebesar 5.7% dari tahun 2024 dengan angka capaian 86.20%. Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) dari total 14 indikator, 11 indikator tercapai, 3 indikator belum tercapai sesuai target.

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

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN .....	I
KATA PENGANTAR .....	II
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	III
DAFTAR ISI .....	IV
BAB I PENDAHULUAN.....	5
A. LATAR BELAKANG.....	5
B. MAKSUD DAN TUJUAN.....	7
C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA.....	7
D. PERAN STRATEGIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA.....	8
E. STRUKTUR ORGANISASI.....	9
F. SUMBER DAYA MANUSIA.....	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.....	58
BAB IV PENUTUP.....	70
A. Kesimpulan .....	70
B. Saran .....	70
LAMPIRAN I PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025 .....	71
LAMPIRAN II MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF .....	74
LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN.....	77



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

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

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

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

Diikuti dengan adanya Keputusan Menteri Keuangan Nomor 177 Tahun 2024

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

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

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

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Pemerintah;
4. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara
5. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan

Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon;

8. Kepmenkes No. 169 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging tertentu;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
10. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 177 Tahun 2024 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

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

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

## **C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA**

### **1. Tugas Pokok**

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

### **2. Fungsi**

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, RSUP menyelenggarakan fungsi :



- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
- c. Pengelolaan pelayanan nonmedis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik Negara
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat
- j. Pengelolaan sistem informasi
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

#### **D. PERAN STRATEGIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA**

##### **Visi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon :**

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

##### **Misi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon :**

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

##### **Nilai Organisasi :**

Profesional, Integritas, Responsif, Komitmen

##### **Motto :**

”Rumah Santun Untuk Pelayanan (RSUP)

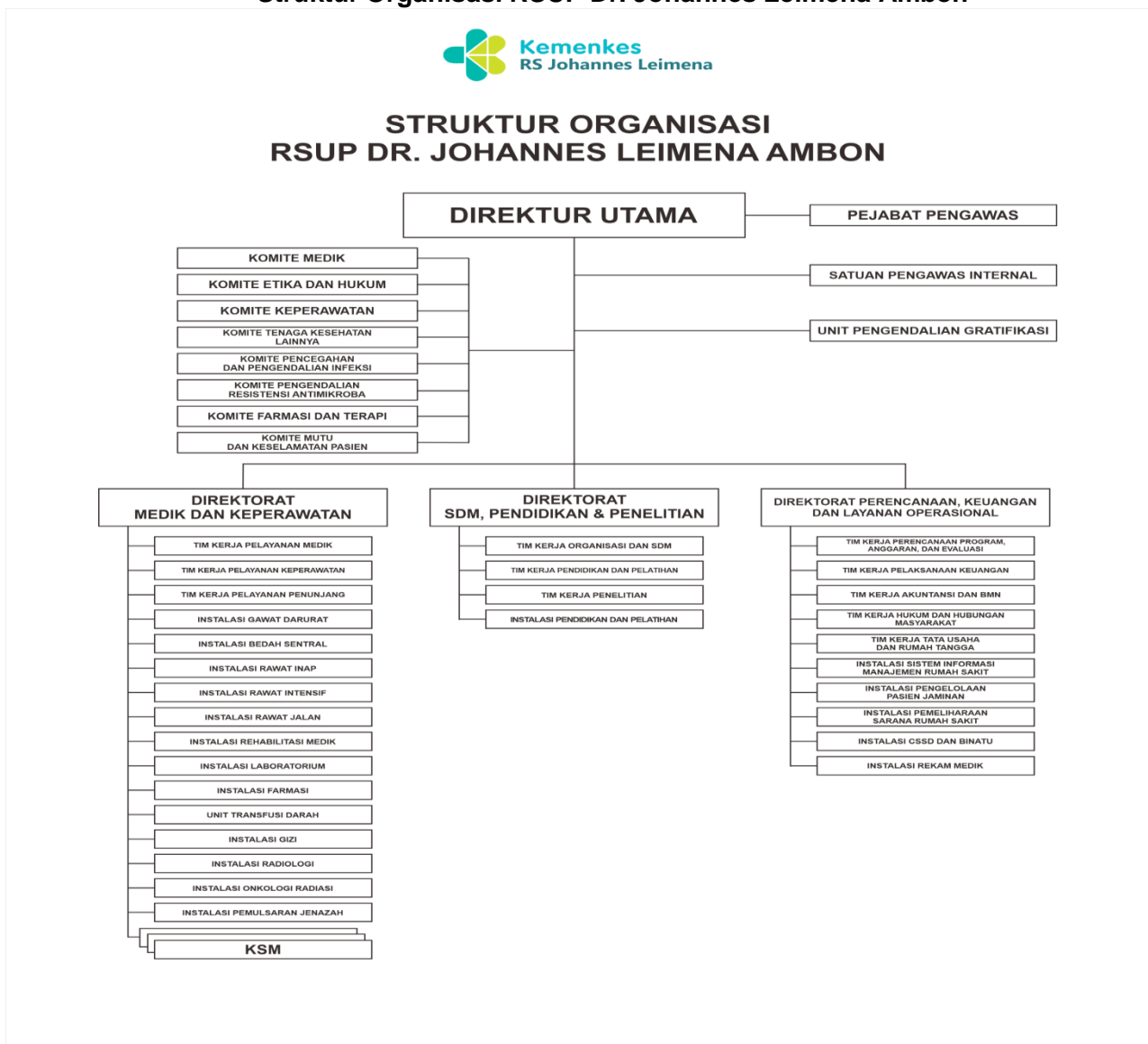
## E. STRUKTUR ORGANISASI

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

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

**Gambar 1.1**

### Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



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

## **1. Direktorat Medik dan Keperawatan**

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

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

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

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

## **2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian**

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

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

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

### **3. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional**

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

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

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

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

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

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

## F. SUMBER DAYA MANUASIA

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

### 1. Sumber Daya Manusia

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki Sumber Daya Manusia 780, terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga Kesehatan lainnya dan tenaga non Kesehatan. Komposisi SDM berdasarkan data per 31 Desember 2025 :

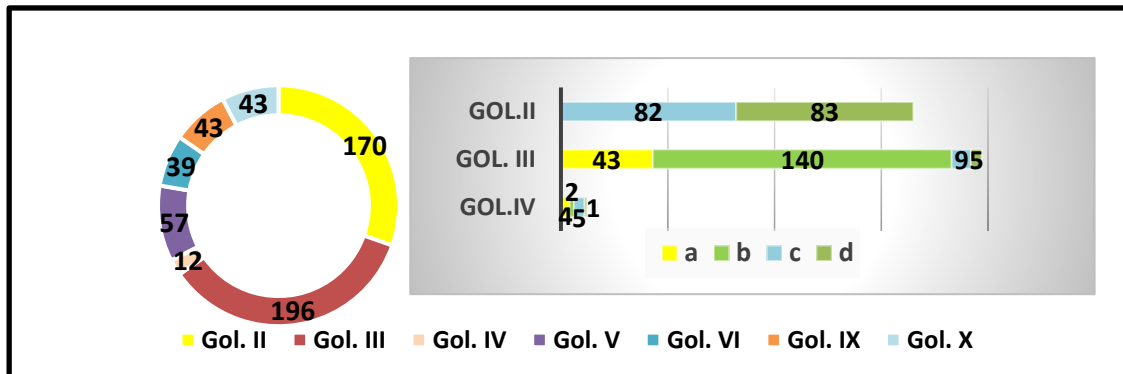
**Tabel 1.1 Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Dr. Johannes Leimena**

NO	JENIS KETERANGAN	STATUS KETERANGAN						JUMLAH	%
		PNS	CPNS	PKWT	PPPK	PARUH WAKTU	VISITING/ PERBANTUAN/ MITRA/ OUTSOURCING/ PDGS/ INTERNSHIP		
1	Dokter Spesialis	12	1	0	0	0	53	66	8.47%
2	Dokter Umum	20	2	0	0	0	19	41	5.25%
3	Dokter Gigi	2	1	0	0	0	0	3	0.38%
4	Perawat	173	0	2	57	0	0	232	29.74%
5	Bidan	14	0	1	6	0	0	21	2.69%
6	Tenga Profesional Kesehatan Lain	92	6	5	25	2	0	130	16.68%
7	Tenaga Non Kesehatan	42	9	13	94	3	123	284	36.41%
8	Direksi	3	0	0	0	0	0	3	0.38%
<b>JUMLAH</b>		<b>358</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>182</b>	<b>5</b>	<b>195</b>	<b>780</b>	<b>100%</b>

Sumber data: Data SDM Per Desember 2025, Timker OSDM

Dari tabel di atas terlihat proporsi tenaga PNS sejumlah 358 orang (45.89%), PKWT sejumlah 21 orang (2.69%), PPPK sejumlah 182 orang (23.34%), CPNS sejumlah 19 orang (2.43%), Paruh Waktu sejumlah 5 orang (0.65%) dan tenaga Visiting / Internship / Perbantuan / Mitra / Outsourcing / PGDS sejumlah 195 orang (25%).

**Grafik 1.1. Jumlah SDM berdasarkan Golongan**



Berdasarkan Grafik tersebut terlihat persentase SDM untuk tenaga PNS berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 196 orang (35%) dengan proporsi terbanyak pada gol. III/b sebanyak 140 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 m<sup>2</sup>. 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
<b>JUMLAH TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>85</b>	<b>13</b>	<b>32</b>	<b>230</b>

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

### 3. Sumber Daya Keuangan

Alokasi dana yang ada dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) TA 2025 adalah sebesar **Rp. 161.757.519.000,-** yang digunakan untuk pembiayaan pelaksanaan program/kegiatan. Berikut uraian pagu anggaran Periode Tahun 2025 :

**Tabel 1.3 Pagu Anggaran TA 2025**

NO	URAIAN	ANGGARAN
1	BLU	82.679.231.000
2	Saldo Awal	14.127.671.000
3	Rupiah Murni (RM)	64.950.617.000
<b>JUMLAH</b>		<b>161.757.519.000</b>

## 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 soulusi yang telah dilakukan;
5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian penetapan kinerja.

## B. Realisasi Anggaran

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

## BAB IV PENUTUP

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

## LAMPIRAN

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

## **BAB II**

### **PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**

#### **A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2025-2029**

Rencana Strategis Bisnis (RSB) 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					
			2024	2025	2026	2027	2028	2029
1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	4	10%	1%	1%	2%	2%	3%
2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	9	-	Baik (76,61-88,3)	Baik (76,61-88,3)	Baik (76,61-88,3)	Sangat Baik (88,3-100)	Sangat Baik (88,3-100)
3	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	5	-	50%	57.5%	65%	72.5%	80%
4	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	4	-	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

5	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	10	-	25%	50%	75%	90%	100%
6	BLU Maturity Rating	7	-	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
7	Bed Occupancy Rate (BOR)	7	-	70%	70%	70%	70%	70%
8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	10	-	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰
9	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	10	-	80%	80%	80%	80%	80%
10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	7	-	10%	20%	30%	40%	50%
11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	7	-	Puas (76,61-88,3)	Puas (76,61-88,3)	Puas (76,61-88,3)	Sangat Puas (88,3 - 100)	Sangat Puas (88,3 - 100)
12	Training Effectiveness Index	4	-	70%	73.75%	77.5%	81.25%	85%
13	Nilai Kinerja Penganggaran	8	-	92,35	-	-	-	-
14	Realisasi Anggaran	8	-	96%	-	-	-	-

### C. PERJANJIAN KINERJA

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

**Tabel 2.2.**

**Matriks Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2025**

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

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	92,35
		14	Realisasi Anggaran	96%

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 161.757.519.000, yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp 97.806.902.000 dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 63.950.617.000, yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 64.950.617.000, Saldo Awal sebesar 14.127.671.000 dan BLU sebesar 82.679.231.000.

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

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

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Stakeholder	18	15.32
2.	Aspek Proses Bisnis Internal	67	63.23
3.	Aspek Learning and Growth	11	12.59
4.	Aspek Financial	4	0
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>91.14%</b>

Pencapaian pada tahun 2025 secara keseluruhan mencapai 91.14% dengan rincian capaian pada lampiran II. Jika dibandingkan dengan capaian Tahun 2024 sebesar 86.20% 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 tahun 2025 :

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

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Tahun 2025
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	1	EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%	<b>-28%</b>
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61-88,3)	<b>82.06%</b>
Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	3	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	<b>60%</b>
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	4	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%	<b>0.04%</b>



Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Tahun 2025
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	5	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	<b>78.20%</b>
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	6	BLU Maturity Rating	Level 2	<b>Level 3.24</b>
Terwujudnya Proses Bisnis yang efektif dan Efisien Kementerian Kesehatan	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	<b>70.33%</b>
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	A-D: <1,0 ‰	<b>A= 1.25 ‰ B= 0 ‰ C= 1 ‰ D= 5 ‰</b>
	9	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	<b>100%</b>
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	10	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	<b>11.50%</b>
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	<b>79,54</b>
	12	Training Effectiveness Index	70%	<b>97.78%</b>
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Penganggaran	<b>92,35</b>	<b>94.90</b>
	14	Realisasi Anggaran	96%	<b>96.16%</b>

Dari Tabel diatas terlihat realisasi capaian IKU Tahun 2025 dari 14 indikator yang diukur terdapat 11 Indikator yang telah memenuhi target dan 3 indikator belum dapat tercapai sesuai target. Berikut analisa capaian kinerja berdasarkan sasaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Periode Tahun 2025 yang telah dilaporkan sebagai berikut :

## I. PERSPEKTIF STAKEHOLDER

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

## **1. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA LAYANAN TERBAIK LEVEL ASIA**

### **IKU-1. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)**

#### **▪ Definisi Operasional**

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

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

- a. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan;
- b. Persyaratan Pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administrative yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya;
- c. Kejelasan petugas pelayanan, yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya);
- d. Kedisiplinan petugas pelayanan, yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja

- sesuai ketentuan yang berlaku;
- e. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan;
  - f. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat;
  - g. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan;
  - h. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan/status masyarakat yang dilayani;
  - i. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati;
  - j. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.
  - k. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan;
  - l. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan;
  - m. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi, dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan;
  - n. Keamanan Pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan ataupun sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.
  - o. Pengelolaan Saran dan aduan, yaitu pelaksanaan pengelolaan saran dan aduan pasien meliputi kemudahan pelanggan dalam menyampaikan saran dan aduan dan penanganannya hingga tuntas.

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

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

▪ **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 dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Skor Kepuasan Pelanggan	86.2%	Baik (76.61-88.3)	Baik (76.61-88.3)	-	Baik (76.61-88.3)

Survei Kepuasan Pelanggan dilaksanakan dengan jumlah responden sebanyak 150 orang. Nilai CSI yang diperoleh sebesar 86.2 (skala 1-100) atau 3.448 (skala 1-4).

#### ▪ **Kualitas Keberhasilan**

Berdasarkan hasil Survei Kepuasan Pelanggan RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2025, target Indeks Kepuasan Pelanggan sebesar  $\geq 85$  berhasil dicapai dengan nilai CSI sebesar 86,2 (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 PENYELENGGARAAN PENGAMPUAN NASIONAL UNTUK PENYAKIT PRIORITAS**

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

▪ **Definisi Operasional**

- 1) Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu.
- 2) Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.



#### ▪ Cara Perhitungan

Rumus :

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

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

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	60%	50%	50%	-	50%

Indikator memenuhi capaian kinerja yang ditetapkan. Dari 5 RS yang harus diampu (RSUD Masohi, RSUD Piru, RSUD Kabupaten Buru, RSUD Bula dan RSUD Karel Sadsuitubun) baru 3 RS yang terealisasi yaitu RS Umum Daerah dr. P.P. MAGRETTI, RS Umum Daerah Piru dan RSUD Masohi.

#### ▪ Kualitas Keberhasilan

Selama Tahun 2025 terjadi peningkatan bertahap jumlah jejaring yang aktif di ampu :

- TW I : 1 RSUD (20%)
- TW II : 2 RSUD (40%)
- TW III : 3 RSUD (60%)
- TW IV : tetap 3 RSUD (60%)

Walaupun pada TW IV belum terjadi penambahan lokus, kualitas pengampuan meningkat melalui pelaksanaan telementoring ECHO, dimana RS jejaring melakukan presentasi kasus klinis sebagai bentuk

pembelajaran kolaboratif dan tindak lanjut hasil visita.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Respon lambat dari RS calon jejaring terhadap surat resmi pengampunan
- 2) Keterbatasan waktu dan sumber daya untuk melakukan visitasi langsung ke RS
- 3) Kendala geografis dan jaringan internet wilayah kepulauan

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Melanjutkan komunikasi intensif dengan RS jejaring
- 2) Menyelenggarakan telementoring ECHO
- 3) Mendorong RS jejaring melakukan presentasi kasus sebagai sarana penguatan kompetensi
- 4) Menyusun rencana pendekatan lanjutan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Menjadikan telementoring ECHO sebagai agenda rutin
- 2) Mempercepat keterlibatan RSUD Bula dan RSUD Buru sebagai lokus aktif pada tahun 2026
- 3) Memperkuat dukungan infrastruktur dan kesiapan SDM

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

**IKU-3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian**

▪ **Definisi Operasional**

- 1) Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit.
- 2) Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN.
- 3) Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis.

- 4) Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022.
- 5) Jumlah riset yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan adalah jumlah penelitian yang dilakukan baik oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan maupun mahasiswa dari institusi kesehatan.
- 6) Persentase jumlah riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi adalah jumlah pendapatan dari riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi (pendekatan medis yang menggunakan data karakteristik setiap pasien).
- 7) Proporsi pendapatan yang didapat dari riset yang berhubungan dengan kedokteran presisi dibandingkan dengan total pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian.

▪ **Cara Perhitungan**

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

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0.04%	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 37.626.000 dibandingkan dengan pendapatan Operasional Rp 102.784.269.348.

▪ **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 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”.

▪ **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 :

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

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

##### ▪ Definisi Operasional

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

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

Catatan:

- 1) Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat

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

▪ **Cara Perhitungan**

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

\* W = weight/bobot

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	78.20%	25%	25%	-	25%

Indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan sudah memenuhi target yang ditentukan yaitu 78.20% 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.

▪ **Kualitas Keberhasilan**

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

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Saat ini permasalahan proses pendaftaran tidak mencapai 100% karena terkendala dengan beberapa case-case yang masih belum bisa dipenuhi oleh sistem baik sistem milik rumah sakit maupun sistem milik asuransi maupun BPJS.
- 2) Permasalahan untuk system remunerasi yang saat ini belum mencapai 100% karena hasil perhitungan yang ditampilkan pada Aplikasi Remunerasi belum sama dengan yang dibayarkan. Hal ini disebabkan karena perhitungan remunerasi dan perhitungan potongan yang masih dalam proses pembahasan

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Melakukan pemetaan proses bisnis dan kebutuhan integrasi setiap sistem.
- 2) Membentuk tim teknis untuk pengelolaan integrasi sistem IHS.
- 3) Penyesuaian format data dan pengembangan API untuk integrasi.
- 4) Melakukan uji coba sistem sebelum implementasi penuh.
- 5) Koordinasi dengan pihak eksternal seperti Kemenkes dan BPJS.

- 6) Pelatihan internal untuk SDM terkait penggunaan dan pengelolaan sistem terintegrasi.
- 7) Implementasi monitoring dan evaluasi berkala atas data yang terintegrasi.
- 8) Penguatan infrastruktur jaringan dan sistem keamanan informasi.
- 9) Pengembangan dashboard dan otomatisasi pelaporan untuk efisiensi.
- 10) Sosialisasi kepada pengguna (internal dan eksternal) terkait system terintegrasi.
- 11) Review berkala terhadap performa sistem dan data integrasi.

▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

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

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

**IKU-5. Skor BLU Maturity Rating**

▪ **Definisi Operasional**

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

1) Result Based

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

2) Process Based

- a. Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan



berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.

- b. Pada process-based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata Kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan

Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:

Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing

Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU

#### ▪ Cara Perhitungan

Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas

Skor Maturity Reting = Keseluruhan jumlah total skor dari aspek:

- 1) Keuangan
- 2) Pelayanan
- 3) Kapabilitas Internal
- 4) Tata Kelola dan Kepemimpinan
- 5) Inovasi; dan
- 6) Lingkungan

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
BLU Maturity Rating	Level 3.24	Level 2	Level 2	-	Level 2

Dari tabel capaian IKU Skor BLU Maturity Rating didapatkan hasil self assessment sebesar 3,24. Adapun hasil penilaian self assesment Maturity Rating RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2024 belum dinilai oleh PPK BLU karena untuk satker yang BLUnya belum cukup 1 tahun anggaran, maka belum wajib melakukan penilaianMaturity Rating.ayanan Umum). Sehingga untuk Semester I belum terealisasi.

#### ▪ **Kualitas Keberhasilan**

Keberhasilan IKU Skor BLU Maturity Rating disebabkan karena hasil tersebut baru merupakan penilaian self assesment. Untuk Maturity Rating RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2024 belum dinilai oleh PPK BLU karena untuk satker yang BLUnya belum cukup 1 tahun anggaran, maka belum wajib melakukan penilaian Maturity Rating.

#### ▪ **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) Terdapat kegiatan yang baru mulai dilaksanakan pada tahun 2025 TW III, sedangkan usulan penilaian Maturity Rating terakhir diajukan pada bulan Juni tahun 2025.

#### ▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Mengikuti pendampingan Maturity Rating yang dilakukan oleh Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Perbendaharaan (DJPb) Kementerian Keuangan Provinsi Maluku.
- 2) Menyusun dokumen yang menjadi persyaratan untuk penilaian Maturity Rating Tahun 2024.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terkait progress penyusunan dokumen persyaratan Maturity Rating.
- 4) Mengupload dokumen dan melakukan submit tepat waktu sesuai batas waktu yang telah ditentukan oleh PPK BLU.

#### ▪ **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) Menjadikan hasil penilaian Skor BLU Maturity Rating Tahun 2024 sebagai acuan untuk penyusunan dokumen untuk Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025.

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

### IKU-6. *Bed Occupany Rate (BOR)*

#### ▪ Definisi Operasional

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

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

Adapun Komponen utama perhitungan BOR, yaitu :

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

#### ▪ Cara Perhitungan

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

#### Interpretasi Hasil

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

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Bed Occupancy Rate (BOR)	70.30%	70%	70%	-	70%

Target pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) yaitu 70%. Adapun pencapaian Bed Occupancy Rate (BOR) pada Tahun 2025 yaitu 70.33% 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.

#### ▪ 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) Petugas admisi rawat inap hanya berjumlah 2 orang sehingga hanya dapat melaksanakan 2 shift yaitu pagi dan siang.
- 7) Belum adanya evaluasi internal terkait dengan pelaksanaan KRIS.
- 8) Adanya ruang perawatan dalam tahap perbaikan.

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Pembukaan admisi khusus rawat inap yang berlokasi di kasir rawat inap sejak November 2025.
- 2) Analisis Data dan Monitoring *Bed Occupancy Rate* (BOR) setiap hari/minggu/bulan.
- 3) Usulan pembuatan Dashboard ketersediaan tempat tidur.
- 4) Koordinasi antar unit pelayanan

▪ **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.

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

### **IKU-7. *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates***

▪ **Definisi Operasional**

HAIs (Healthcare Associated Infections) atau infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan merupakan masalah terutama di rumah sakit besar yang merawat pasien dengan beragam jenis penyakit.

Pengendalian HAIs merupakan suatu upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Pencegahan kejadian HAIs harus diupayakan sedapat mungkin, antara lain dengan menerapkan tindakan aseptik dan membiasakan perilaku higienis pada petugas kesehatan serta pelaksanaan surveilans.

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

#### ▪ Cara Perhitungan

- 1)  $\sum \text{insiden CAUTI (jumlah kasus CAUTI} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap)} \times 1,000 \text{ catheter urinary-days.}$
- 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 Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates</i>	A: 1,25 % B : 0 ‰ C : 1 ‰ D : 5 ‰	A-D: <1,0 ‰	A-D: <1,0 ‰	-	A-D: <1,0 ‰

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

#### ▪ **Kualitas Keberhasilan**

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) CAUTI

Analisa: Indikator ini menunjukkan kinerja sempurna. Dari Triwulan (TW) I hingga IV, angka kejadian tetap 0‰. Target (<1,0‰) tercapai sepenuhnya. Ini menandakan kepatuhan prosedur pemasangan dan perawatan kateter urin sangat tinggi.

##### 2) SSI

Analisa: Target adalah <1,0%. Realisasi tahunan mencapai 1,25%.  
Tren: Terjadi tren pemburukan yang signifikan. Pada TW I dan II, target tercapai (0,6% dan 0,7%). Namun, terjadi lonjakan pada TW III (1,3%) dan semakin parah di TW IV (2,39%). Kegagalan ini disebabkan oleh ketidakmampuan mengontrol infeksi di semester kedua tahun 2025.

##### 3) CLABSI

Analisa: Target adalah <1,0‰. Realisasi tahunan berada tepat di angka 1‰ (yang secara teknis menyentuh batas atas dan tidak kurang dari 1,0).

Tren: Fluktuatif. Gagal di pertengahan tahun (TW II dan III masing-masing 2‰), namun berhasil diperbaiki kembali menjadi 0‰ di TW IV.

##### 4) VAP

Analisa: Target <1,0‰, namun realisasi tahunan melonjak ke 5‰.

Tren: Sangat mengkhawatirkan di akhir tahun. TW I sampai TW III berhasil mempertahankan 0‰, namun terjadi ledakan kasus (outbreak) luar biasa di TW IV sebesar 8,23‰, yang merusak rata-rata kinerja setahun penuh

#### ▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

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

1) Untuk VAP: Lonjakan mendadak dari 0 ke 8,23‰ mengindikasikan

adanya pelanggaran protokol VAP Bundle (seperti oral hygiene, posisi kepala, sedasi) secara masif di ICU pada periode tersebut, atau adanya kerusakan alat/kontaminasi alat ventilator.

- 2) Untuk SSI: Kenaikan bertahap dari TW I ke TW IV menunjukkan degradasi sterilitas di kamar operasi atau kurang optimalnya perawatan luka pasca operasi (terutama edukasi ke pasien pulang).
- 3) Kompleksitas Penyakit Pasien: Kemungkinan pada TW IV rumah sakit menerima rujukan pasien dengan kondisi komorbid yang lebih berat (imunokompromais), sehingga lebih rentan terkena infeksi nosokomial meskipun prosedur sudah dijalankan.

#### ▪ Upaya Yang Telah Dilakukan

Untuk memperbaiki kondisi ini, rencana aksi difokuskan pada area "merah" (SSI dan VAP):

- 1) Penanganan Segera VAP
  - Melakukan Investigasi Wabah untuk lonjakan kasus VAP di TW IV. Apakah karena alat, petugas, atau lingkungan?
  - Retraining (pelatihan ulang) seluruh perawat ICU mengenai VAP Bundle dengan fokus pada kebersihan mulut (oral hygiene) menggunakan Chlorhexidine dan weaning (penyapihan) sedasi harian.
- 2) Penekanan Angka SSI
  - Audit kepatuhan cuci tangan bedah (surgical hand scrub) dan sterilitas instrumen di CSSD.
  - Memperketat aturan antibiotik profilaksis (harus diberikan 60 menit sebelum insisi).
  - Peningkatan edukasi perawatan luka kepada pasien dan keluarga sebelum pulang (discharge planning).
- 3) Penguatan Supervisi:
  - Meningkatkan frekuensi ronda/keliling Tim PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) ke unit kritis, terutama di jam-jam sibuk.



▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Pelaksanaan RCA (Root Cause Analysis): Wajib dilakukan RCA mendalam khusus untuk kasus VAP di Triwulan IV dan tren kenaikan SSI. Hasil RCA harus menjadi dasar perbaikan kebijakan.
- 2) Audit & Feedback Real-time: Jangan menunggu laporan triwulan. Data infeksi harus dilaporkan mingguan atau bulanan kepada kepala unit terkait (Kepala Ruang OK dan ICU) agar intervensi bisa dilakukan sebelum angka menumpuk di akhir triwulan.
- 3) Penerapan "Bundle Checklist": Memastikan setiap pasien yang terpasang alat (Ventilator, CVC) memiliki lembar ceklis harian yang diisi dan divalidasi oleh Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN).
- 4) Validasi Data: Memastikan bahwa penyebut (denominator) data—misalnya "hari pemakaian ventilator"—tercatat dengan benar, agar angka laju infeksi (rate) akurat dan tidak bias.
- 5) Pelatihan Berkelanjutan: Mengadakan In-house Training berkala mengenai teknik aseptik dan pencegahan infeksi nosokomial.
- 6) Reward & Punishment: Memberikan apresiasi kepada unit yang mencapai pembinaan khusus bagi unit dengan angka infeksi tinggi.

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

▪ **Definisi Operasional**

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

Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut

1. Layanan Stroke
2. Layanan Kanker
3. Layanan Jantung
4. Layanan Uronefrologi
5. **Layanan Kesehatan Ibu dan Anak**
6. Layanan Respirasi

7. Layanan Diabetes Mellitus
8. Layanan Gastrohepatologi
9. Layanan Kesehatan Jiwa
10. Layanan PINERE
11. Layanan Mata
12. Layanan Ortopedi

### Layanan Kesehatan Ibu dan Anak

Layanan Kesehatan ibu dan anak memiliki 4 indikator capaian yaitu:

#### 1) Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr

##### Defeni Operasional

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

##### Formula Perhitungan :

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

#### 2) Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr

##### Defeni Operasional

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

##### Formula Perhitungan :

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

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

#### Defenisi Operasional

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

**Target Capaian <10 %.**

#### Formula Perhitungan

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

### 4) Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan

#### Defenisi Operasional

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

#### Formula Perhitungan

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

#### ▪ Cara Perhitungan

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

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Standar Klinis yang Tercapai	100%	80%	80%	-	80%

**Capaian Kinerja Layanan Kesehatan ibu dan Anak (KIA) Tahun 2025:**  
**(4 / 4) x 100 % = 100%**

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

- **Kualitas Keberhasilan**

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

- **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Kebutuhan BMHP obat yang terbatas, dimana terdapat beberapa BMHP dan obat yang dibutuhkan tidak tersedia.
- 2) Jumlah SDM yang belum sesuai standar.
- 3) Kompetensi SDM, belum seluruhnya terpapar pelatihan terkait KIA
- 4) Belum ada dokter spesialis anak konsultan/fellowship Neonatologi

- **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Membuat usulan BMHP dan obat sesuai kebutuhan
- 2) Membuat laporan Analisa beban kerja diunit terkait KIA
- 3) Mengajukan pelatihan untuk SDM terkait KIA

- **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

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

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

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

- **Definisi Operasional**

Pendapatan rumah sakit secara keseluruhan bersumber dari kegiatan operasional yakni pendapatan dari pelayanan jasa yang diberikan kepada masyarakat atau pasien dalam satu periode yang merupakan kegiatan utama dalam rumah sakit. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan).

Pendapatan Non-JKN terdiri dari pendapatan umum, korporasi dan asuransi, program pemerintah Non-JKN Jamkesda dan Program subsidi khusus lainnya, layanan estetika, pendidikan dan penelitian serta bagi

pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.

#### ▪ Cara Perhitungan

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

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

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

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	11.50%	10%	10%	-	10%

Berdasarkan table Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS dengan target 10% telah tercapai dengan baik di Tahun 2025 sebesar 11.50%.

#### ▪ Kualitas Keberhasilan

Adapun ketidakberhasilan/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 10% yang diberikan.
- 4) 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

#### ▪ **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.

#### ▪ **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**

- 1) Melakukan proporsi layanan NonJKN, adanya slot khusus untuk setiap layanan agar diutamakan seperti kamar bersalin yang berbeda, kamar perawatan yang tersedia khusus pasien NonJKN dan

- proses administrasi yang lebih mudah sehingga membuat kesan positif bagi pasien
- 2) Menyusun dan menerapkan SOP layanan NON-JKN yang memiliki perbedaan alur, waktu tunggu, dan kepastian jadwal layanan, khususnya pada klinik eksekutif dan layanan spesialis unggulan seperti melakukan penataan jam layanan poli pagi dan sore secara selektif untuk meratakan beban layanan dan mengarahkan jam sore sebagai kanal prioritas pelayanan pasien NON-JKN, didukung oleh penjadwalan dokter unggulan, kesiapan farmasi dan penunjang, serta pengaturan insentif jasa layanan
  - 3) Membuat paket mcu yang bersifat seasonal sebagai ajang promo yang dilakukan secara global melalui akun media sosial
  - 4) Memperluas jejaring pemasaran RS melalui penyusunan produk layanan NON-JKN (paket MCU, paket operasi, paket rawat inap) dan menjalin kerja sama dengan asuransi swasta serta korporasi baru
  - 5) Melakukan promosi paket medical checkup yang lebih banyak dan relevant ke perusahaan yang telah bekerjasama/ Business to Business (B2B)
  - 6) Melakukan revaluasi kerjasama dengan perusahaan asuransi yang sudah terjalin tentang potensi promosi oleh pihak asuransi agar membawa pasien ke rumah sakit
  - 7) Menempatkan kas idle pada instrumen pengelolaan dana jangka pendek yang aman dan sesuai ketentuan BLU untuk meningkatkan pendapatan non-operasional.
  - 8) Melakukan review tarif NON-JKN berbasis unit cost dan benchmarking dengan RS sekelas guna memastikan tarif kompetitif, rasional, dan mendukung peningkatan pendapatan
  - 9) 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.
  - 10) Optimalisasi program pendidikan dan penelitian yang merupakan keunggulan RS dengan pendapatan Non JKN
  - 11) Meningkatkan pelayanan yang lebih baik.

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

### IKU-10. Nilai Kinerja Penganggaran

#### ▪ Definisi Operasional

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

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

#### ▪ Cara Perhitungan

Perhitungan Nilai Kinerja Penganggaran menggunakan aplikasi SMART DJA Kementerian Keuangan.

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Nilai Kinerja Penganggaran	94.90	92.35	92.35	-	92.35

Nilai Kinerja Penganggaran ditargetkan sebesar 92,35. Realisasi capaian menunjukkan peningkatan bertahap dari 50 pada TW I, 65.77 pada TW II, dan 77.61 pada TW III, hingga mencapai 94.90 pada TW IV.

Meskipun capaian pada triwulan awal belum memenuhi target, kinerja penganggaran menunjukkan tren perbaikan yang konsisten dan pada akhir tahun berhasil melampaui target yang ditetapkan, mencerminkan optimalisasi pelaksanaan anggaran serta efektivitas



pengendalian dan monitoring penganggaran.

▪ **Kualitas Keberhasilan**

Capaian Nilai Kinerja Penganggaran tahun 2025 sebesar 94.90 telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 92.35. Keberhasilan ini didukung oleh peningkatan kualitas perencanaan, percepatan pelaksanaan kegiatan, serta penguatan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran sepanjang tahun anggaran.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Kesiapan perencanaan pada awal tahun anggaran belum optimal, ditandai dengan masih perlunya penyesuaian kegiatan dan revisi DIPA, yang berdampak pada rendahnya capaian Nilai Kinerja Penganggaran pada Triwulan I.
- 2) Proses pengadaan barang/jasa dan penandatanganan kontrak belum sepenuhnya berjalan sesuai rencana waktu, sehingga memengaruhi percepatan penyerapan anggaran dan belanja kontraktual pada triwulan awal dan pertengahan.
- 3) Deviasi antara rencana penarikan dana dan realisasi masih terjadi akibat perubahan jadwal pelaksanaan kegiatan serta keterlambatan penyampaian dokumen penagihan dari penyedia.
- 4) Koordinasi lintas unit kerja dalam pengendalian jadwal kegiatan dan penyelesaian tagihan memerlukan penguatan agar pelaksanaan anggaran lebih merata sepanjang tahun.

▪ **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) Meningkatkan kualitas perencanaan anggaran sejak awal tahun, termasuk penajaman rencana kegiatan dan penjadwalan yang realistis untuk meminimalkan kebutuhan revisi DIPA.
- 2) Mempercepat proses pengadaan dan kontraktualisasi kegiatan strategis, khususnya pada triwulan awal, agar belanja kontraktual dan penyerapan anggaran dapat lebih optimal.
- 3) Memperkuat monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala melalui aplikasi SMART DJA, OM SPAN, dan SAKTI untuk mengendalikan deviasi rencana dan realisasi.
- 4) Meningkatkan koordinasi antara perencanaan, pengadaan, dan perbendaharaan, terutama dalam pengendalian jadwal kegiatan dan ketepatan waktu penyelesaian tagihan (SPM).
- 5) Mendorong kedisiplinan pelaporan capaian output secara berkala, sehingga capaian kinerja anggaran dapat terukur dan terpantau secara berkelanjutan.

**IKU-11. Realisasi Anggaran**

▪ **Definisi Operasional**

Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja merupakan indikator kinerja yang menggambarkan sejauh mana anggaran telah direalisasikan oleh suatu satuan kerja dibandingkan dengan pagu anggaran yang telah ditetapkan. Nilai persentase ini diperoleh dari aplikasi OMSPAN (Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara) yang dikelola oleh Kementerian Keuangan.

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

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

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

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

#### ▪ Cara Perhitungan

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

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

Nilai ini memberikan informasi mengenai seberapa besar anggaran yang telah digunakan dibandingkan dengan keseluruhan alokasi dana. Capaian realisasi yang tinggi menunjukkan kelancaran pelaksanaan program dan kegiatan, sedangkan capaian yang rendah dapat menjadi

indikator perlunya evaluasi terhadap kendala yang dihadapi dalam proses pelaksanaan anggaran.

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Realisasi Anggaran	96.16%	96%	96%	-	96%

Target realisasi anggaran tahun 2025 sebesar 96%. Adapun capaian realisasi anggaran yang tercatat mencapai 96.16%. Walaupun belum memenuhi target tetapi telah berjalan dengan baik, dengan penyerapan yang progresif setiap bulannya.

▪ **Kualitas Keberhasilan**

- 1) Target tahunan sebesar 96% berhasil dicapai, bahkan terlampaui sebesar 0.16%.
- 2) Pola realisasi menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran berjalan cukup efektif, dengan peningkatan penyerapan dari triwulan ke triwulan.
- 3) Meskipun terdapat konsentrasi realisasi yang lebih tinggi pada Triwulan IV, hal tersebut masih dalam batas wajar dan umum terjadi dalam pelaksanaan anggaran pemerintah.
- 4) Untuk peningkatan kinerja di masa mendatang, perlu didorong pemerataan realisasi anggaran agar ketergantungan pada Triwulan IV dapat diminimalkan melalui percepatan pelaksanaan kegiatan sejak awal tahun.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Adapun Hambatan yang dihadapi dalam mencapai target sebagai berikut :

- 1) Adanya kebijakan pemerintah tentang Efisiensi anggaran tahun 2026 sehingga penganggaran perlu di sesuaikan kembali karena telah disusun di tahun sebelumnya
- 2) Proses pembukaan blockir anggaran membutuhkan proses panjang karena lintas Kementerian

- 3) Kurangnya ketersediaan Barang dan Penyedia di Maluku, sehingga proses pengadaan menjadi lama
- 4) Proses identifikasi kebutuhan dan usulan user yang lama menghambat PPK melakukan pengadaan

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Percepatan Proses Pengadaan sejak Awal Tahun
  - Menyusun dan memfinalkan RUP serta spesifikasi teknis sedini mungkin.
  - Mengelompokkan paket pengadaan sejenis untuk menghindari pengulangan proses.
  - Memanfaatkan e-purchasing/katalog elektronik untuk item standar agar waktu pengadaan lebih singkat.
- 2) Penetapan Timeline Realisasi per Triwulan
  - Menetapkan target realisasi anggaran per triwulan hingga tingkat kegiatan.
  - Melakukan monitoring berkala atas deviasi antara rencana dan realisasi.
  - Menetapkan langkah korektif segera apabila terjadi keterlambatan realisasi.
- 3) Penguatan Komitmen dan Kesiapan PPK
  - Memastikan PPK dan tim pendukung memahami prioritas percepatan belanja.
  - Mengidentifikasi dini paket yang berpotensi bermasalah (kontrak gagal, penyedia terbatas).
  - Menyiapkan alternatif metode pengadaan atau penyedia cadangan bila diperlukan.
- 4) Sinkronisasi Perencanaan Kas dan Jadwal Pembayaran
  - Menyelaraskan rencana penarikan dana dengan progres fisik dan kontraktual.
  - Mempercepat proses verifikasi dan pembayaran tagihan yang telah memenuhi syarat.
  - Menghindari penumpukan pembayaran pada akhir tahun anggaran.

- 5) Optimalisasi Belanja Operasional Rutin
    - Memastikan belanja operasional yang bersifat berulang (listrik, air, jasa layanan, bahan habis pakai) dikontrakkan atau dijadwalkan secara tepat.
    - Menggunakan mekanisme pembayaran berkala sesuai ketentuan untuk menjaga ritme realisasi.
  - 6) Evaluasi dan Realokasi Anggaran Berpotensi Tidak Terserap
    - Melakukan review berkala terhadap kegiatan yang berisiko rendah realisasi.
    - Mengusulkan pergeseran atau realokasi anggaran ke kegiatan yang lebih siap dan prioritas.
    - Menjaga agar anggaran tetap produktif dan tidak idle.
  - 7) Penguatan Koordinasi Internal dan Pengendalian Administrasi
    - Menyederhanakan alur administrasi internal tanpa mengurangi kepatuhan.
    - Memastikan kelengkapan dokumen sejak awal untuk mencegah pengembalian berkas.
    - Menetapkan PIC yang jelas untuk setiap paket/kegiatan.
- **Rekomendasi Perbaikan Kinerja**
- 1) Percepatan penyesuaian jadwal pengadaan
  - 2) Melakukan prioritas penganggaran
  - 3) Kesesuaian pelaksanaan pengadaan dengan rencana penarikan dana yang telah disepakati bersama oleh pelaksana keuangan
  - 4) Melakukan perencanaan pengadaan lebih awal, pemetaan penyedia potensial, serta optimalisasi metode pengadaan yang tersedia sesuai ketentuan untuk mengantisipasi keterbatasan barang dan penyedia di wilayah maluku
  - 5) Menetapkan batas waktu pengajuan kebutuhan dari unit kerja serta memperkuat koordinasi antara unit pengguna dengan PPK melalui pedoman pengusulan kebutuhan yang lebih jelas dan terstandar

### III. PERSPEKTIF LEARNING AND GROWTH

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

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

##### IKU-12. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

###### ▪ Definisi Operasional

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

###### 1) Sasaran Responden

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

###### 2) Unsur Survei Kepuasan Pegawai

Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:

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

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

###### 3) Metode Pelaksanaan

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



▪ **Cara Perhitungan**

- 1) Bobot Nilai Rata-Rata Tertimbang = (1) / (Jumlah Unsur)
- 2) Nilai Survei Kepuasan = (Total dari Nilai Persepsi Perunsur/Total Unsur yang Terisi) x Nilai Penimbang
- 3) Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan x 25
- 4) Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan Semua Konversi Nilai Survei Kepuasan Tiap Unsur

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	79.54	Puas (76.61 – 88.3)	Puas (76.61 – 88.3)	-	Puas (76.61 – 88.3)

Berdasarkan table Skor Tingkat Kepuasan Pegawai dengan target 76,61-88,3 telah tercapai dengan baik di Tahun 2025 sebesar 79,54.

▪ **Kualitas Keberhasilan**

Berdasarkan hasil survei dan interview secara langsung, lingkungan kerja mendapatkan nilai paling rendah yang mengindikasikan perlu adanya evaluasi secara mendalam dan perbaikan secara bertahap hingga berkelanjutan untuk mendorong produktivitas rumah sakit secara keseluruhan.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Keterbatasan sarana dan prasarana, khususnya pada unit dengan tingkat aktivitas tinggi yang berpengaruh terhadap efektivitas kerja pegawai.
- 2) Perbedaan persepsi pegawai terhadap kebijakan manajemen, terutama terkait sistem penghargaan, pengembangan karier serta komunikasi internal.
- 3) Tingkat partisipasi dan keterbukaan responden khususnya pada pertanyaan terbuka yang masih bervariasi sehingga belum seluruhnya menggambarkan kondisi ideal yang diharapkan pegawai.

#### ▪ Upaya Yang Telah Dilakukan

Upaya yang dilakukan dalam mendukung pencapaian kepuasan pegawai meliputi pelaksanaan survei kepuasan pegawai dan interview secara langsung sebagai sarana pengumpulan data dan umpan balik dari pegawai.

#### ▪ Rekomendasi Perbaikan Kinerja

Berdasarkan hasil survei kepuasan pegawai, rekomendasi perbaikan kinerja yang akan dilakukan meliputi :

- 1) Penyusunan program pengembangan karier dan kompetensi melalui pelatihan, pendidikan berkelanjutan dan kesempatan promosi yang jelas
- 2) pelaksanaan survei kepuasan pegawai secara berkala sebagai alat monitoring dan evaluasi untuk memastikan peningkatan pegawai secara berkelanjutan.

### **IKU-13. Training Effectiveness Index (TEI)**

#### ▪ Definisi Operasional

Training Effectiveness Index (TEI) merupakan persentase tenaga medis dan tenaga Kesehatan ASN yang mendapatkan peningkatan kompetensi 40 JPL. Rata-rata JPL yang didapatkan ASN melalui peningkatan kompetensi tersertifikasi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit per tenaga medis/tenaga kesehatan per tahun.

#### ▪ Cara Perhitungan

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

#### ▪ Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Training Effectiveness Index	97.96%	70%	70%	-	70%

Indikator *Training Effectiveness Index* telah melebihi target yang ditetapkan dimana realisasi masih mencapai 97.96% dari target 70%

- **Kualitas Keberhasilan**

Dari total 393 tenaga medis dan tenaga kesehatan, terdapat 385 pegawai yang sudah mencapai pengembangan kompetensi minimal 40 JPL.

- **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

Adapun hambatan yang dihadapi dalam mencapai target pada tahun 2025 yaitu masih adanya pegawai yang tidak melaporkan atau tidak tepat waktu melaporkan sertifikat/laporan pengembangan kompetensi yang telah diikuti, sehingga realisasinya tercapai pada akhir bulan di tahun 2025. Selain itu, beberapa pegawai juga tidak merespon apabila dihubungi dan beberapa pegawai juga belum mengikuti pengembangan kompetensi dikarenakan LMS bermasalah.

- **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Membuat tabel rekapitulasi daftar pegawai tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah melakukan pengembangan kompetensi Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan memfilter data antara pegawai tenaga medis dan tenaga kesehatan ASN, baik itu PNS maupun PPPK.
- 2) Pembagian PIC Pelaporan Pengembangan Kompetensi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan melakukan pembagian tugas PIC untuk pelaporan sertifikat atau laporan pengembangan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan, serta memfasilitasi surat tugas/surat izin 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) Melakukan *Follow up* lebih intens kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan yang belum mencapai 40 JPL di tahun berikutnya.
- 2) Melakukan monitoring dan evaluasi hasil capaian persentase pengembangan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan minimal satu kali sebulan yang belum mencapai lebih dari 40 JPL ke Manajer Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan, untuk selanjutnya dapat dikoordinasikan ke masing-masing PIC agar dapat ditindaklanjuti.

#### **IV. PERSPEKTIF FINANSIAL**

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

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

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

- **Definisi Operasional**

EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan

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

- **Cara Perhitungan**

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

▪ **Analisis Pencapaian Kinerja dan Perbandingan Target**

IKU	Capaian Tahun 2025	Perbandingan			
		Target tahunan	Target Akhir RSB	Target Tahun Lalu	Target Nasional/ Internasional
Ebitda Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	-28%	1%	1%	10%	1%

Indikator Ebitda Margin belum mencapai target yang ditetapkan, dikarenakan total pendapatan lebih rendah sebesar Rp 102.500.590.608 dari total beban pengeluaran sebesar Rp 130.707.049.900.

▪ **Penyebab/Hambatan Kegagalan**

- 1) Beban Pegawai Merupakan salah satu factor yang sangat mempengaruhi ketidakberhasilan pencapaian target, dikarenakan beban pegawai yang dananya bersumber dari RM di akui sebagai beban namun tidak diakui dananya sebagai pendapatan
- 2) Pendapatan rumah sakit belum optimal jika di lihat dari persentase beban pegawai yang di keluarkan oleh rumah sakit terhadap pendapatan yang di dapat rumah sakit

▪ **Upaya Yang Telah Dilakukan**

- 1) Beban pegawai yang tinggi – Porsi beban pegawai terhadap pendapatan masih besar (sekitar 51%), sehingga menekan margin laba rumah sakit.
- 2) Kualitas klaim BPJS – Masih terdapat klaim yang tertolak atau dibayar rendah karena ketidaksesuaian administrasi dan kelengkapan dokumen.
- 3) Utilisasi ruang dan layanan belum optimal – Beberapa ruang pelayanan belum mencapai kapasitas maksimal, terutama pada periode awal tahun.
- 4) Ketidakseimbangan antara beban kerja dan jumlah SDM – Distribusi tenaga kerja antar unit belum sepenuhnya proporsional, menyebabkan inefisiensi beban.

- 5) Pendapatan non-BPJS belum maksimal – Segmen pasien umum dan asuransi ain belum berkembang optimal sehingga kontribusi pendapatan masih terbatas.
- 6) Keterlambatan pencairan dana klaim – Proses verifikasi dan pembayaran klaim BPJS yang memakan waktu mengganggu arus kas dan perhitungan margin bulanan.
- 7) Tambah layanan unggulan (spesialis/subspesialis)
- 8) Integrasi sistem manajemen klaim BPJS
- 9) Evaluasi rasio SDM medis dan non-medis (Tupoksi dan Beban kerja)

▪ **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 91.14%, mengalami peningkatan sebesar 5.7% dari tahun 2024 dengan nilai capaian 86.20%.
- 2) Realisasi anggaran belanja Tahun 2025 adalah sebesar Rp. 155.605.613.165,- (96.20%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 161.757.519.000,- dengan perbandingan realisasi Tahun 2024 sebesar 96.60.
- 3) Dari total 14 IKU yang diukur pada Periode Tahunan Tahun 2025 terdapat 11 IKU yang tercapai sesuai target, 3 IKU yang belum memenuhi target.

#### **B. SARAN**

Dari kesimpulan diatas, beberapa saran yang direkomendasikan sebagai berikut :

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

## LAMPIRAN I

### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RS JOHANNES LEIMENA



#### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

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

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama



**drg. Saraswati, MPH**  
NIP 196709181993022001



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**  
**RS JOHANNES LEIMENA**

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

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

**Target Pendapatan BLU**

**Rp 98.000.000.000,00**

**Program**

**Anggaran**

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN

Rp 61.713.983.000,00

2. Program Dukungan Manajemen

Rp 69.248.792.000,00

**Total**

**Rp 130.962.775.000,00**

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,

Pihak Pertama



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

**drg. Saraswati, MPH**  
NIP 196709181993022001

**LAMPIRAN II**  
**MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF**

**Perspektif Stakeholder**

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TAHUN 2025	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya layanan terbaik level Asia						
1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61-88.3)	86.2%	100 %	9	9
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas						
2	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	60%	120%	5	6
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan						
3	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0.50%	0.04%	8%	4	0.32
<b>Total Skor</b>					18	15.32
<b>% Capaian Perspektif Stakeholder</b>					85.11%	

**Perpektif Proses bisnis internal**

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TAHUN 2025	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal						
1	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	78.20%	312.80%	10	10
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel						
2	Skor BLU Maturity Rating	Level 2	Level 3.24	100%	7	7
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien						
3	Bed occupancy rate (BOR)	70%	70.33%	92%	7	6,44
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten						
4	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	A – D: <1,0 ‰	A= 1.25 ‰ B= 0 ‰ C= 1 ‰ D= 5 ‰	A : 80 % B : 100 % C : 100 % D : 20 %	10	7.5

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TAHUN 2025	%	Bobot (B)	% X B
5	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%	100%	80%	10	8
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan						
6	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	11.50%	115%	7	8.05
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya						
7	Nilai Kinerja Penganggaran	92.35	94.90	102.77%	8	8.23
8	Realisasi Anggaran	96%	96.16%	100.17%	8	8.01
<b>Total Skor</b>					67	63.23
<b>% Capaian Perspektif Proses bisnis internal</b>					94.37%	

Perspektif Learning and Growth						
NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TAHUN 2025	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK						
1	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61-88.3)	79,54	100%	7	7
2	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	97.96%	139.94%	4	5.59
<b>Total Skor</b>					11	12.59
<b>% Capaian Perspektif Learning and Growth</b>					114.45	

Perpektif Finansial						
NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN TAHUN 2025	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif						
1	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-28%	0 %	4	0
<b>Total Skor</b>					4	0
<b>% Capaian Perspektif Financial</b>					0	

NO	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	CAPAIAN
1	Aspek Stakeholder	18	15.32
2	Aspek Proses Bisnis Internal	67	63.23
3	Aspek Learning and Growth	11	12.59
4	Aspek Financial	4	0
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>	<b>91.14%</b>

### LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN

Sumber Dana	PAGU	REALISASI	%
RM	64,950,617,000	63,894,756,309	98,37%
BLU	82,679,231,000	78,101,411,603	94,46%
Saldo Awal	14,127,671,000	13,609,445,253	96,33%
Total	161,757,519,000	155,605,613,165	96,20%

#### Realisasi Belanja Bersumber dari Rupiah Murni (RM) Tahun 2025

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
<b>JUMLAH PAGU RM</b>		<b>64,950,617,000</b>	<b>63,894,756,309</b>	<b>98,37%</b>
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	1,000,000,000	962,961,624	96,30%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Kesehatan Lanjutan	1,000,000,000	962,961,624	96,30%
CAB	Sarana Bidang Kesehatan	1,000,000,000	962,961,624	96,30%
CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	1,000,000,000	962,961,624	96,30%
051	Pengadaan Obat-Obatan dan BMHP Pelayanan Reguler	1,000,000,000	962,961,624	96,30%
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen	63,950,617,000	62,946,542,813	98,43%
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Kesehatan Lanjutan	63,950,617,000	62,946,542,813	98,43%
EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	63,950,617,000	62,946,542,813	98,43%
EBA.994	Layanan Perkantoran	63,950,617,000	62,946,542,813	98,43%
051	Gaji dan Tunjangan	52,983,528,000	52,106,827,934	98,35%
052	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	10,967,089,000	10,839,714,879	98,84%

### Realisasi Belanja Bersumber dari BLU dan Saldo Awal Tahun 2025

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	95,495,734,000	91,676,217,953	96%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Kesehatan Lanjutan	96,495,734,000	91,676,217,953	96%
CAB	Sarana Bidang Kesehatan	38,631,717,000	38,396,585,260	95%
CAB.002	Alat Kesehatan (LR)	3,155,758,000	3,113,811,672	98,67%
052	Pengadaan Alat Kesehatan Pelayanan Reguler - BLU	3,155,758,000	3,113,811,672	98,67%
CAB.003	Obat-obatan dan BMHP (LR)	35,475,959,000	35,282,773,588	99,46%
052	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP Pelayanan Reguler - BLU	35,475,959,000	35,282,773,588	99,46%
CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	1,028,205,000	632,389,523	61,50%
CAN.001	Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR)	646,705,000	611,249,558	94,52%
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai - BLU	646,705,000	611,249,558	94,52%
CAN.002	Software/ antivirus UPT Vertikal (LR)	381,500,000	21,139,965	5,54%
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai - BLU	381,500,000	21,139,965	5,54%
CBV	Prasarana Bidang Kesehatan	2,754,780,000	2,641,847,025	95,90%
CBV.002	Renovasi Gedung Layanan - LR	2,160,483,000	2,048,559,565	94,82%
052	Renovasi Gedung Layanan - BLU	2,160,483,000	2,048,559,565	94,82%
CBV.004	Alat Non Medik - LR	594,297,000	593,287,460	99,83%
052	Pengadaan Alat Non Medik - BLU	594,297,000	593,287,460	99,83%
CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	25,423,415,000	22,757,228,518	89,51%
CCB.001	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)	25,423,415,000	22,757,228,518	89,51%
051	Operasional dan pemeliharaan UPT	25,423,415,000	22,757,228,518	89,51%
CCL	OM Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	93,300,000	3,316,000	3,55%
CCL.001	Operasional dan Pemeliharaan Jaringan Komputer UPT BLU (LR-12)	93,300,000	3,316,000	3,55%
051	Pemeliharaan Jaringan dan Komputer	93,300,000	3,316,000	3,55%

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
EBA.962	Layanan Umum	25,779,647,000	25,582,113,276	99,23%
052	Layanan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi UPT Vertikal - BLU	25,779,647,000	25,582,113,276	99,23%
EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	468,667,000	448,007,005	95,59%
EBB.951	Layanan Sarana Internal	468,667,000	448,007,005	95,59%
054	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal - BLU	468,667,000	448,007,005	95,59%
EBC	Layanan Manajemen SDM Internal	1,220,509,000	1,116,237,346	91,46%
EBC.001	Layanan Kepegawaian Satker UPT Vertikal	1,220,509,000	1,116,237,346	91,46%
051	Layanan Kepegawaian satker UPT Vertikal - RM	1,220,509,000	1,116,237,346	91,46%
FAE	Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan	95,494,000	95,494,000	100%
FAE.001	Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan di UPT Vertikal (LR)	95,494,000	95,494,000	100%
052	Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan UPT Vertikal BLU	95,494,000	95,494,000	100%