

Nomor : PR.01.05/D.XXXIII/0459/2025
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Hal : Penyampaian Laporan Kinerja (LKj)
RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2024

31 Januari 2025

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Jalan HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4 – 9, Kuningan Timur
Jakarta Selatan (12950)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayaaan Aparatur Sipil Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pentunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja dimana setiap entitas unit kerja diwajibkan untuk membuat Laporan Kinerja dan disampaikan ke Menteri/Pimpinan Lembaga, maka bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2024 (terlampir).

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Direktur Utama,



drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001

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

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN

LAPORAN KINERJA

RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON
TAHUN 2024



RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON

JLN. MR. CHR. SOPLANIT, TELUK AMBON
RSUPDRJLEIMENA@GMAIL.COM

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON TAHUN 2024

Ambon, Januari 2025

Direktur Utama



drg. Saraswati, MPH

**Direktur Medik dan
Keperawatan**



dr. Fahmi Maruahey 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 2024 dapat diselesaikan dengan tepat waktu dan disajikan dengan sebaik-baiknya.

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam pengelolaan sumber daya melalui berbagai program dan kegiatan selama kurun waktu satu tahun. Juga merupakan salah satu cara evaluasi yang obyektif, efisien, dan efektif.

Diharapkan Laporan Kinerja ini dapat memberikan informasi pelaksanaan kegiatan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Periode Periode Tahun 2024 dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam penyempurnaan perencanaan pengembangan dan pelaksanaan program dan kegiatan demi perbaikan yang berkesinambungan (*Continuous Improvement*) bagi RSUP Dr. Johannes Leimena dalam meningkatkan kinerja di tahun yang akan datang.

Ambon, Januari 2025

Direktur Utama,

drg. Saraswati, MPH

NIP 196709181993022001

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 2020-2024 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 Pelayanan Kesehatan 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 2024 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja tahun 2024 adalah sebesar Rp. 142.883.639.704,- (96,60%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 147.917.962.000,- dengan peningkatan serapan anggaran sebesar 2.76% dari jumlah realisasi anggaran tahun 2023 sebesar 95,05%.

Pencapaian IKI Direktur Utama secara keseluruhan mencapai 86,20%, mengalami penurunan sebesar 8,85% dari tahun 2023 dengan angka capaian 95,05%. Hal ini dikarenakan terdapat penambahan 20 KPI direktif dari Ditjen Yankes yang dimasukkan di Perjanjian Kinerja tahun 2024 dan 3 IKU Direktif dari Sekjen Kemenkes.

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

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	I
KATA PENGANTAR	II
RINGKASAN EKSEKUTIF	III
DAFTAR ISI	IV
BAB I PENDAHULUAN.....	5
A. LATAR BELAKANG.....	5
B. MAKSUD DAN TUJUAN	7
C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP DR. JOHANNES LEIMENA	7
D. PERAN STRATEGIS RSUP DR. JOHANNES LEIMENA.....	8
E. STRUKTUR ORGANISASI	9
F. SUMBER DAYA MANUSIA	13
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS	17
H. SISTEMATIKA PENULISAN	18
BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA.....	20
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	28
A. Capaian Kinerja Organisasi	28
B. Realisasi Anggaran.....	103
BAB IV PENUTUP.....	104
A. Kesimpulan.....	104
B. Saran.....	104
LAMPIRAN I PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024	105
LAMPIRAN II MATRIKS IKU BERDASARKAN 4 (EMPAT) PERSPEKTIF	109
LAMPIRAN III RINCIAN REALISASI ANGGARAN.....	113

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 2022 hingga saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena membuka 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 Kulit dan Kelamin, Poliklinik Jantung, Poliklinik Paru, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Bedah Orthopedi dan Poliklinik Urologi), dan Pelayanan Penunjang (Radiologi, 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 2024 telah menyusun Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2024. PK ini menggambarkan Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target-target pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon selama Tahun 2024. 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 2024 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 2020-2024 yang dilaksanakan selama tahun 2024. LAKIP juga bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan) atas kinerja yang telah dan seharusnya tercapai selama tahun 2024.

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 :

“Menjadi Rumah Sakit Kemaritiman Berbasis Teknologi Informasi yang Terintegrasi, Bermutu, dan Terjangkau di Indonesia Bagian Timur”

Misi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon :

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, bermutu dan terjangkau di Indonesia bagian timur
- b. Menjadi wahana pendidikan dan pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik dan peserta latihan
- c. Mengembangkan SDM bidang kesehatan yang berkompetensi dan berkinerja
- d. Menjadi pusat riset dan pengembangan teknologi kesehatan kemaritiman
- e. Menumbuhkembangkan Sistem Informasi Rumah Sakit yang handal
- f. Membangun jejaring dengan *Stakeholders* Kesehatan lainnya di dalam dan Luar Negeri

Nilai Organisasi :

Profesional, Integritas, Responsif, Komitmen

Motto :

“Rumah Santun Untuk Pelayanan (RSUP)”

E. STRUKTUR ORGANISASI

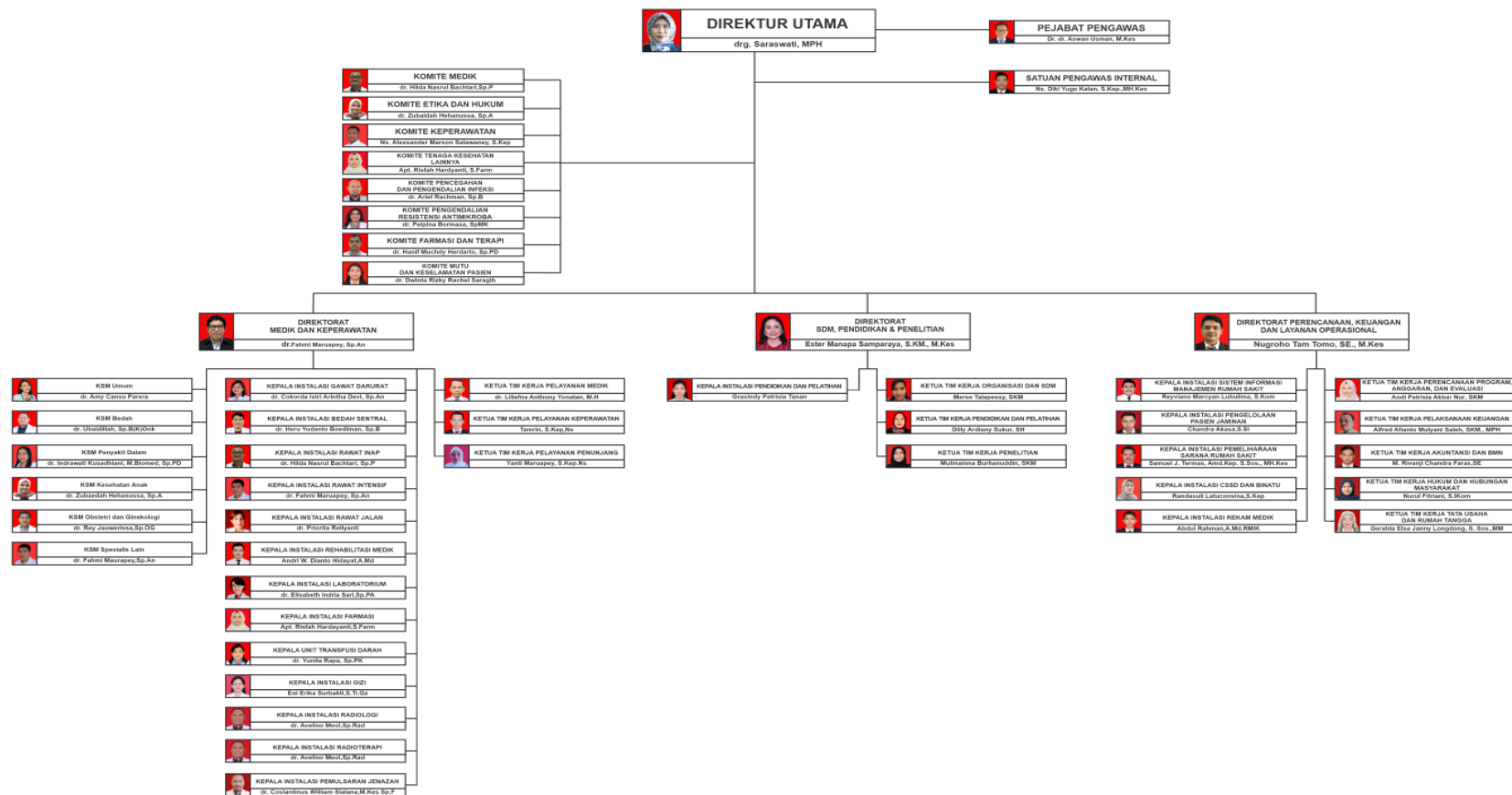
Struktur organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena tahun mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata kerja rumah sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menetapkan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai RS Tipe III yang dipimpin oleh Direktur utama dan dibantu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

1. Direktur Medik dan Keperawatan;
2. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian; dan
3. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

dengan Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambonn dibawah ini :

Gambar 1.1

Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



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

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

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

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

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

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

2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

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

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

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

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

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

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

F. SUMBER DAYA MANUSIA

Pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2024 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 760, terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga Kesehatan lainnya dan tenaga non Kesehatan. Komposisi SDM berdasarkan data per 31 Desember 2024 adalah sebagai berikut :

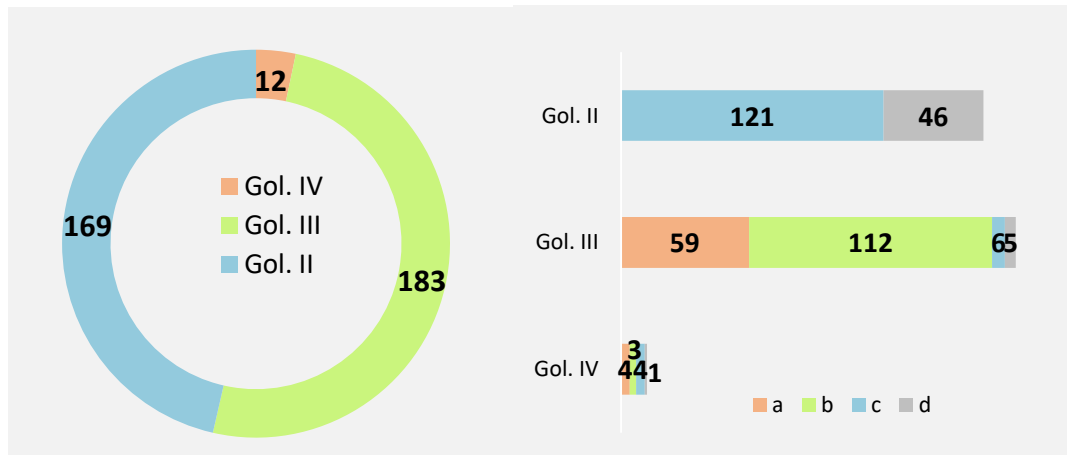
Tabel 1.1 Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Dr. Johannes Leimena

NO.	JENIS KETENAGAAN	STATUS KETENAGAAN				JUMLAH	%
		PNS	PPNPN	PPPK	INTERNSHIP / PERBANTUAN / MITRA / OUTSOURCING		
1	Dokter Spesialis	13	11		34	58	7.63%
2	Dokter Umum	20	2		21	43	5.66%
3	Dokter Gigi	2			4	6	0.79%
4	Perawat	177	13	47		237	31.18%
5	Bidan	14	7			21	2.76%
6	Tenaga Profesional Kesehatan Lain	76	13	12		101	13.29%
7	Tenaga Non Kesehatan	59	111	5		175	23.03%
8	Tenaga Non Organik				119	119	15.66%
JUMLAH		361	157	64	178	760	100%

Sumber data: Data SDM Per Desember 2024, Timker OSDM

Dari tabel di atas terlihat proporsi tenaga PNS sejumlah 361 orang (47,50%), PPNPN sejumlah 157 orang (20,66%), PPPK sejumlah 64 orang (8,42%) dan tenaga Internship / Perbantuan / Mitra / Outsourcing sejumlah 178 orang (23,42%).

Grafik 1.1. Jumlah SDM berdasarkan Golongan



Berdasarkan Grafik tersebut terlihat persentase SDM untuk tenaga PNS berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 183 orang (50,27%) dengan proporsi terbanyak pada gol. III/b sebanyak 114 orang.

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

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

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

Tabel 1.2 Peralatan Medik

PERALATAN MEDIK	
MRI 1,5 Tesla (proses Instalasi)	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/3353/2024 tentang Perubahan Alokasi Tempat Tidur Ruang Perawatan Rawat Inap adalah 233 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	1	-	41
3	Lantai 7	-	-	-	39	-	-	-	39
KELAS RAWAT INAP NON KELAS RAWAT INAP STANDAR JKN									
4	Lantai 3								
	▪ Ruang Obstetri	-	-	2	3	5	1	-	11
	▪ ICCU	-	-	-	-	-	-	8	8
	▪ ICU	-	-	-	-	-	2	10	10
	▪ PICU	-	-	-	-	-	2	5	7
	▪ NICU	-	-	-	-	-	4	10	14
5	Lantai 6	-	-	14	18	20	1	-	53

NO	RUANG PERAWATAN	VVIP	VIP	KELAS I	KELAS II	KELAS III	ISOLASI	NON KELAS	TOTAL
6	Lantai 7	-	-	14	-	-	1	-	15
7	Lantai 8								
	▪ VVIP	2	-	-	-	-	-	-	2
	▪ VIP		8	-	-	-	1	-	9
JUMLAH TOTAL		2	8	30	60	89	13	31	233

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 2024 adalah sebesar **Rp. 148.017.222.000,-** yang digunakan untuk pembiayaan pelaksanaan program/kegiatan. Berikut uraian pagu anggaran Periode Tahun 2024 :

Tabel 1.3 Pagu Anggaran TA 2024

NO	URAIAN	ANGGARAN
1	Rupiah Murni (RM)	76.135.801.000
2	PNBP	26.255.917.000
3	BLU	45.625.504.000
JUMLAH		148.017.222.000

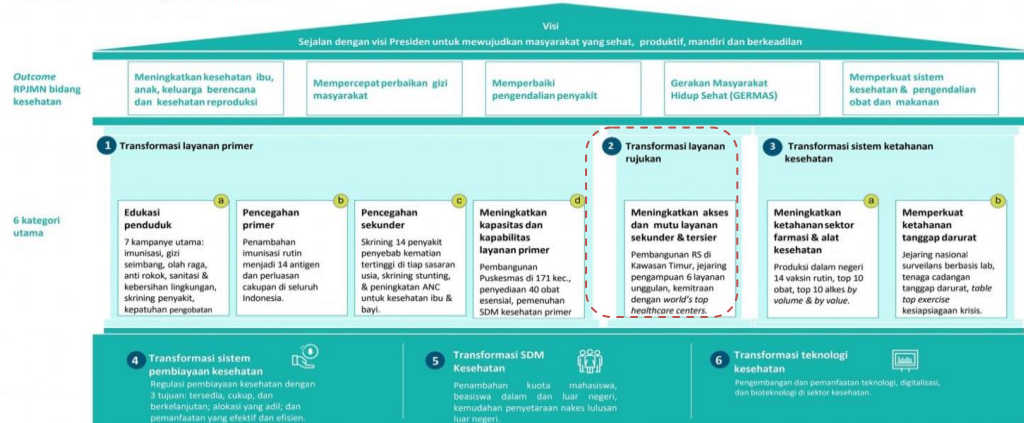
G. ASPEK STRATEGIS DAN ISU STRATEGIS

Gambar 1.2

Transformasi Sistem Kesehatan 2021 - 2024

Transformasi sistem kesehatan 2021-2024

5 RPJMN dan 6 pilar transformasi



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

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

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

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

H. SISTEMATIKA PENULISAN

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

BAB I PENDAHULUAN

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

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Pada bab ini dijabarkan ringkasan rencana strategis tahun 2020-2024 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 solumsi 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 2024
2. Matriks IKU berdasarkan 4 (Empat) Perspektif Tahun 2024
3. Laporan Keuangan Tahun 2024

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2020-2024

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

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai UPT Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya telah menyusun RSB yang berisi tujuan, sasaran strategis dan target yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Renstra Kementerian Kesehatan, yang kemudian di *cascading* ke dalam Sasaran Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon demi terwujudnya visi "Menjadi Rumah Sakit Kemaritiman Berbasis Teknologi Informasi yang Terintegrasi, Bermutu, dan Terjangkau di Indonesia Bagian Timur".

Adapun gambaran umum dari Renstra RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2020-2024 adalah sebagai berikut :

B. SASARAN STRATEGIS DAN IKU

Dalam Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2020-2024, 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 2020-2024

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
1.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	1	-	-	-	95%	90%
2.	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	1	-	-	-	-	90%
3.	OEE alat medik utama	4	50%	55%	57%	60%	65%
4.	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	2	-	-	-	-	< 2,5 %
5.	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit	2	-	-	-	2 Laporan	2 Laporan
6.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	1	-	-	-	-	10%
7.	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit	2	-	-	-	80%	60%
8.	Persentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab,	2	-	-	-	100%	100%

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
	Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal						
9.	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	2	-	-	-	-	100%
10.	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	2	-	-	-	-	75%
11.	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	5	70%	75%	78%	80%	82%
12.	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan	6	55%	66%	78%	78%	80%
13.	Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	5	50%	60%	65%	70%	75%
14.	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik	5	1	1	2	2	3
15.	Pertumbuhan MCU	4	1%	1%	2%	2%	4%
16.	% modul SIM-RS yang terintegrasi	5	75%	80%	85%	87%	90%
17.	Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	5	-	-	70%	85%	100%
18.	Persentase Staf dengan Kompetensi Standar	4	-	-	-	3%	5%
19.	Persentase staf di area kritis yang tersertifikasi	4	40%	50%	55%	60%	65%
20.	Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja	2	-	-	-	-	80%
21.	RS Mempunyai Layanan Unggulan	1	-	-	-	1 layanan	1 layanan

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
	yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional						
22.	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	2	-	-	-	-	80%
23.	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	2	-	-	-	-	100%
24.	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	2	-	-	-	-	80%
25.	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	1	-	-	-	-	100%
26.	Indeks kepuasan staf	6	76%	80%	82%	85%	87%
27.	Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan	1	-	-	-	-	10%
28.	Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan	1	-	-	-	-	1%
29.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	1	-	-	-	92.50%	95%
30.	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	1	-	-	-	97%	96%
31.	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	1	-	-	-	-	90%

NO.	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	BOBOT	TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
32.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	1	-	-	-	-	> 90%
33.	Persentase nilai EBITDA Margin	1	-	-	-	-	10%
34.	Tingkat pertumbuhan pendapatan	5	3%	3%	3%	18%	20%
35.	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	5	2%	5%	5%	5%	5%
36.	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	5	50%	60%	70%	75%	89%

Pada Matriks IKU terdapat pertambahan jumlah IKU cascading Ditjen Yankes yang sifatnya *mandatory* untuk seluruh RS UPT Vertikal, sehingga untuk IKU periode sebelumnya yang memiliki definisi operasional yang sama dikurangi dan terdapat pula IKU baru yang dianggap perlu dan relevan untuk ditambahkan sesuai kebutuhan pengembangan dan peningkatan kerja organisasi.

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 2024

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
1.	Terwujudnya Optimalisasi Pemanfaatan dan Keandalan Aset untuk Inovasi Layanan	1.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%

		2.	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
		3.	OEE Alat Medik Utama	65%
2.	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit	4.	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 %
		5.	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit	2 Laporan
		6.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
3.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	7.	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit	60%
		8.	Persentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal	100%
		9.	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%
		10.	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	> 75%
		11.	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	82%
		12.	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan	80%
		13.	Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	75%
		14.	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik	3 Layanan

		15.	Pertumbuhan MCU	4%
		16.	Persentase Modul SIM RS yang Terintegrasi	90%
		17.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%
4.	Terwujudnya SDM yang Kompeten dan Kompetitif	18.	Persentase Staf dengan Kompetensi Standar	5%
		19.	Persentase Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi	65%
		20.	Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja*	80%
5.	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal	21.	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan
		22.	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%
		23.	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		24.	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%
6.	Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif	25.	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%
		26.	Indeks Kepuasan Staf	87%
		27.	Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan*	10%
		28.	Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan*	1%

7.	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	29.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
8.	Terwujudnya Peningkatan Kinerja Keuangan	30.	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		31.	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%
		32.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90%
		33.	Persentase nilai EBITDA Margin	10%
9.	Terwujudnya Fleksibilitas Pengelolaan Keuangan	34.	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	20%
		35.	Persentase Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%
		36.	Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	89%

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

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah alokasi anggaran pada DIPA sebesar Rp 148.017.222.000, yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp 75.369.277.000 dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 72.647.945.000, yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 76.036.541.000, PNPB sebesar Rp 26.255.917.000, dan BLU sebesar 45.724.764.000.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2024 merupakan tahun ke lima pelaksanaan dari Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2020 – 2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah membandingkan tingkat kinerja yang 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 2020 – 2024 dan Penetapan Kinerja tahun berjalan.

Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah mengukur pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) atau *Key Performance Indikator*. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dimaksud adalah indikator yang terdapat dalam kontrak kinerja yang diperjanjikan antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam upaya pencapaian tujuan dan sasaran yang terdapat dalam Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024. 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 2024

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Customer	9	7.52
2.	Aspek Internal Business Process	43	33.85
3.	Aspek Learning and Growth	27	24.99
4.	Aspek Financial	21	19.83
Total		100	86.20

Pencapaian pada tahun 2024 secara keseluruhan mencapai 86.20%, mengalami penurunan sebesar 8.85% dari tahun 2023 dengan nilai capaian 95,05%. Hal ini dikarenakan terdapat penambahan 20 KPI direktif dari Ditjen Yankes yang dimasukkan di Perjanjian Kinerja tahun 2024 dan 3 IKU Direktif dari Sekjen Kemenkes.

Tahun 2024 merupakan tahun ke lima untuk Rencana Strategis Bisnis Periode 2020 – 2024 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 2023 :

Tabel 3.2
Matriks Capaian Indikator Kinerja Utama
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2024

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Periode 2024
Terwujudnya Optimalisasi Pemanfaatan dan Keandalan Aset untuk Inovasi Layanan	1	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%	78,88%
	2	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi Sesuai Standar	90%	85,71
	3	OEE Alat Medik Utama	65%	169%
Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit	4	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	3,93%
	5	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit	2 Laporan	1 Laporan
	6	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	-11,77%
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	7	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat dalam Waktu Kurang atau Sama dengan 30 Menit	60%	100%
	8	Persentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal.	100%	100%
	9	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	84,62%
	10	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	> 75%	75,06%
	11	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	82%	81,29%
	12	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan	80%	100%

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Periode 2024
	13	Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	75%	98.25%
	14	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik	3 Layanan	2 Layanan
	15	Pertumbuhan MCU	4%	-23%
	16	Persentase Modul SIM RS yang Terintegrasi	90%	94,44%
	17	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%	63,14%
Terwujudnya SDM yang Kompeten dan Kompetitif	18	Persentase Staf dengan Kompetensi Standar	5%	100%
	19	Persentase Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi	65%	71,18%
	20	Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja	80%	100%
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal	21	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan	1 Layanan
	22	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	89,75%
	23	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	100%
	24	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	97,92%
Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif	25	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%	75%
	26	Indeks Kepuasan Staf	87%	80,10%
	27	Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan	10%	7,03%
	28	Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan	1%	0,54%

Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Utama (IKU)		Target	Realisasi IKU Periode 2024
Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	29	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	100%
Terwujudnya Peningkatan Kinerja Keuangan	30	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%	95.36
	31	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%	97.95
	32	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90%	119,70%
	33	Persentase nilai EBITDA Margin	10%	-53,26
Terwujudnya Fleksibilitas Pengelolaan Keuangan	34	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	20%	41,71%
	35	Persentase Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%	43,82%
	36	Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	89%	96,58%

Dari Tabel diatas terlihat realisasi capaian IKU periode Periode Tahun 2024 dari 36 indikator yang diukur terdapat 21 Indikator yang telah memenuhi target dan 15 indikator belum dapat tercapai sesuai target. Berikut analisa capaian kinerja berdasarkan sasaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Periode Tahun 2024 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 : TERSELENGGARANYA PELAYANAN CENTER OF EXCELLENCE DI RS VERTIKAL SECARA OPTIMAL

IKU-1. Indeks kepuasan Staf

▪ **Definisi Operasional**

Kepuasan staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh staf terhadap 6 faktor : Pekerjaan itu sendiri (X1); Upah / Gaji (X2); Peluang untuk maju (X3); Supervisi (X4); Rekan Kerja (X5); Keamanan dan Kenyamanan Kerja (X6); dan Pengakuan tentang kinerja (X7).

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Tingkat kepuasan staf adalah cerminan dari keberhasilan manajemen dalam mengupayakan kesejahteraan pegawai. Upaya yang dilakukan adalah dengan mengakomodir kebutuhan pegawai yang harus sejalan dengan peningkatan produktifitas melalui budaya kerja dan kinerja yang transparan dan akuntabel. Direktur Utama bersama jajaran direktur teknis juga melakukan supervisi secara berkala melalui kegiatan Monitoring dan Evaluasi (Monev) Kinerja triwulanan yang dihadiri oleh seluruh unit kerja. Selain sistem *Reward*, juga dilakukan upaya disiplin kinerja pegawai melalui mekanisme *Punishment* (Konsekuensi) yaitu pemotongan tunjangan kinerja dan insentif berdasarkan kinerja. Upaya lainnya yang telah dilakukan demi meningkatkan kepuasan pegawai adalah berikut :

- 1) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
- 2) Memenuhi fasilitas sarana dan prasarana kerja
- 3) Pemberian Insentif dan hak pegawai tepat waktu

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Indeks Kepuasan Staf	85%	81,16%	95,48%	87%	80,10%	92,07%

Pada tahun 2023 capaian indeks kepuasan staf adalah sebesar 80,10%. Hasil dari survey tersebut menunjukkan bahwa 80,10% staf di RSUP Dr. Johannes Leimena puas sesuai dengan 6 faktor penilaian yang ada pada survey kepuasan staf. Meskipun Capaian indikator menurun dari tahun sebelumnya dan belum memenuhi target IKU namun capaian telah memenuhi target Indikator Nasional Mutu yaitu > 76,61% sesuai Permenpan No. 14 Tahun 2017 dan menunjukkan hasil “Mutu Pelayanan B” artinya tingkat kepuasan staf adalah “Puas”. 3 (Tiga) Indikator penilaian terendah pada survey internal yang dilaksanakan adalah Pengakuan tentang Kinerja, Keamanan dan Kenyamanan Kerja dan Kesempatan Maju.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja IKU-1. Indeks Kepuasan Staf tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Indeks Kepuasan Staf	76%	69,5%	80%	67,5%	82%	83,25%	85%	81,16%	87%	80,10%

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan IKU-1 Indeks Kepuasan Staf sebagai berikut:

- 1) Survey kepuasan staf internal belum sepenuhnya menjadi tolak ukur kinerja dan bahan pertimbangan manajerial dalam pengelolaan dan pengembangan SDM.
- 2) Sistem *reward* dan *punishment* pegawai yang masih perlu dioptimalkan

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Menjadikan hasil survey sebagai bahan pertimbangan dalam strategi pengembangan pengelolaan SDM di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon serta mengoptimalkan monitoring dan evaluasi kinerja melalui sistem *reward* dan *punishment*.

IKU-2. Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien

▪ Definisi Operasional

- 1) Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar yang terdiri dari Parkir, Ruang Tunggu, Taman dan Toilet dengan menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung.
- 2) Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit merupakan waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit).

▪ Cara Perhitungan

- 1) Rumus % Fasilitas Pendukung yang memenuhi standar menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung yaitu $(\text{jumlah skor}/400) \times 100\%$.
- 2) Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit : $\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} < 120 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} \times 100\%$.

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

- 1) Mengoptimalkan pendaftaran online untuk reduksi waktu tunggu
- 2) Memperbaiki alur parkir dan zonasi parkir sesuai ketentuan, perawatan taman secara berkala, pengecekan toilet secara rutin, memastikan ketersediaan fasilitas ruang tunggu yang memadai dengan sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik serta tersedia TV dan informasi antrian pasien.

▪ Pencapaian Kinerja

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	-	-	-	80	89,75%	112,19%

IKU-2 merupakan IKU Direktif baru sehingga tidak memiliki angka pemanding pada periode sebelumnya. Indikator telah memenuhi capaian kinerja yang ditetapkan. Rincian capaian Waktu tunggu Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang adalah sebesar 84,50% dan capaian % Fasilitas Pendukung yang memenuhi standar adalah sebesar 95% sehingga diperoleh capaian total untuk *IKU-2* pada tahun 2024 sebesar 89,75%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-2*. Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	-	-	-	-	-	-	-	-	80	89,75%

IKU-2 merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2024 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan *IKU-2* Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien sebagai berikut:

- 1) Mereduksi waktu tunggu rawat jalan dengan mengoptimalkan penggunaan pendaftaran *online*
- 2) Lahan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon seluas 4,6 Ha dengan lahan terbuka yang luas sehingga telah dimanfaatkan sebagai lahan parkir sesuai standar Satuan Ruang Parkir (SRP) yang ditetapkan
- 3) Pengelolaan parkir dengan zona waktu rawat jalan 06.00-19.00 WIT dan ketersediaan tempat khusus *pick up* dan *drop off* yang nyaman.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Lebih gencar dalam mensosialisasikan produk layanan RS terkhusus aplikasi pendaftaran elektronik / *mobile* untuk

menghindari penumpukan antrian pasien

- 2) Monitoring dan Evaluasi ketepatan waktu layanan dokter poliklinik
- 3) Pemeliharaan area parkir dan jalan, penyediaan rambu-rambu dan penunjuk arah/ jalan sesuai kebutuhan dan ketentuan.

2. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

IKU-3. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien NON-JKN

▪ Definisi Operasional

Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN di RS vertikal

▪ Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN Tahun Berjalan} - \text{dikurangi jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}}{\text{Jumlah kunjungan pasien Non JKN tahun lalu}} \times 100\%$$

▪ Rencana Aksi dan upaya yang dilakuka

- 1) Optimalisasi promosi layanan eksekutif dan layanan MCU dengan paket yang variatif
- 2) Menambah layanan eksekutif dan layanan unggulan dengan mempertimbangkan pertumbuhan kunjungan dan *demand* masyarakat Maluku.

▪ Pencapaian Kinerja

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	-	-	-	10%	-11,17%	0%

IKU-3 merupakan IKU Direktif baru sehingga tidak memiliki angka pembandingan pada periode sebelumnya. Dari tabel capaian terlihat angka persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN belum memenuhi target dengan persentase peningkatan 0%. Jumlah pasien Non JKN tahun 2024 sebanyak 7338 pasien dan mengalami penurunan jika

dibandingkan dengan jumlah pasien Non JKN tahun 2025 sebanyak 8317 pasien.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja IKU-2. Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	-11,17%

IKU-3 merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2024 sehingga tidak ada target dan realisasi pada periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan IKU-3 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN sebagai berikut:

- 1) Publikasi dan promosi layanan eksekutif, MCU dan layanan unggulan yang dapat memberikan tambahan *revenue* (Non JKN) belum optimal melalui media sosial, peningkatan kerjasama dan upaya inisiatif lainnya.
- 2) Belum optimalnya layanan eksekutif (poliklinik sore) karena ketersediaan dokter spesialis dan perawat yang terbatas. Layanan eksekutif hanya terdiri dari 2 layanan spesialistik yaitu interna dan kulit kelamin) sehingga perlu menambah jumlah dan jenis layanan eksekutif.
- 3) Tingkat kesadaran masyarakat akan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan asuransi kesehatan lainnya yang semakin tinggi.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Memanfaatkan *platform* digital dalam upaya publikasi dan promosi layanan eksekutif, MCU dan Layanan unggulan secara intensif dan masif misal *sharing* berbagai informasi medis, testimoni pasien dan promo khusus / promo event.

- 2) Menambah jumlah DPJP dan Perawat untuk perluasan dan penambahan layanan eksekutif
- 3) Meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan yang menggunakan pelayanan eksekutif / layanan unggulan agar mendapatkan pelayanan yang prima.

II. PERSPEKTIF INTERNAL BUSINESS PROCESS

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek Internal Business Process dibagi dalam 4 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

3. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA PELAPORAN AUDIT MEDIS 9 PENYAKIT PRIORITAS DI RUMAH SAKIT

IKU-4. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

▪ Definisi Operasional

Penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit mengacu pada angka pada NDR (Net Death Rate) yang merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100.

▪ Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun}}{\text{jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun}} \times 100\%$$

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

- 1) Peningkatan kompetensi staf terutama SDM Kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan kekhususan terutama di area kritis seperti IGD, IBS dan Intensif Unit
- 2) Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alkes rumah sakit sehingga menunjang layanan di area kritis
- 3) Kredensialing, assesment internal dan audit mutu rutin oleh komite medik, komite keperawatan dan komite mutu.

▪ Pencapaian Kinerja

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Penurunan Jumlah Kematian	< 2,5%	4,32%	57,87%	< 2,5%	3,93%	63,61%

IKU-4 merupakan IKU Direktif Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 dan 2024. Pada tabel pencapaian kinerja terlihat angka NDR Tahun 2024 belum memenuhi standar yang ditetapkan namun telah mengalami penurunan sebesar 0,39% jika dibandingkan dengan capaian NDR periode sebelumnya. Hal ini menunjukkan terdapat upaya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan.

▪ Perbandingan Realisasi Kinerja

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-4*. Persentase Penurunan Jumlah Kematian tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Penurunan Jumlah Kematian	-	-	-	-	-	-	< 2,5%	4,32%	< 2,5%	3,93%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 63.61%.

▪ Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Upaya penurunan jumlah kematian (NDR) yang belum optimal dipengaruhi oleh status RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut dan regulasi BPJS terkait layanan berjenjang sehingga banyaknya pasien yang datang sudah dalam keadaan *terminal stage* (kondisi pasien yang sangat parah).

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan bagi SDM kesehatan dalam rangka peningkatan kompetensi.

IKU-5. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah

▪ **Definisi Operasional**

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan.

▪ **Cara Perhitungan**

Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Koordinasi antara Tim Kerja Pelayanan Medik, Komite Medik dan KSM terkait dalam pelaksanaan audit medis 9 layanan prioritas
- 2) Arahan dan Instruksi pimpinan untuk monitoring dan evaluasi penyebab angka NDR yang tinggi.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas	2	2	100%	2	1	50%

IKU-5 merupakan IKU Direktif Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 dan 2024. Pada tabel pencapaian kinerja terlihat angka jumlah pelaporan audit medis terlaksana 1 kali di Semester I.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Persentase capaian tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas	-	-	-	-	-	-	2	2	2	1

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan realisasi periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Peran Komite Medik dan Kelompok Staf Medis (KSM) dalam melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin perlu dioptimalkan.
- 2) Belum adanya supervisi berupa kegiatan kredensialing, assesment internal dan audit mutu rutin oleh komite medik, komite keperawatan dan komite mutu.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Memaksimalkan peran Komite Medik dan Kelompok Staf Medis (KSM) dalam melakukan monitoring dan evaluasi secara rutin.
- 2) Memaksimalkan fungsi supervisi internal melalui audit rutin oleh komite medik, KSM, komite keperawatan dan komite mutu.
- 3) Mengadakan rapat koordinasi dengan seluruh KSM terkait tindak lanjut hasil rekomendasi dan evaluasi pelaksanaan audit medis.

4. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

IKU-6. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit

▪ **Definisi Operasional**

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat

menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

▪ Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit}}{\text{total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1}} \times 100\%$$

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

- 1) Memaksimalkan waktu tanggap operasi SC emergensi melalui kolaborasi yang baik dengan DPJP, IBS dan Tim PONEK yang terlatih
- 2) Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP spesialis kandungan, dokter anak dan dokter anastesi agar dapat mereduksi mengoptimalkan waktu tanggap.

▪ Pencapaian Kinerja

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-6*. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat	≤ 30 menit	30 menit	100%	60%	100%	166,67%

Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat telah terealisasi 166,67% dengan waktu tunggu ≤ 30 menit. Dari 28 pasien yang memenuhi kriteria SC Emergensi kategori 1 pada Periode 2024, telah ditangani dengan rata-rata waktu tanggap 30 menit.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-6*. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	-	-	-	-	-	-	80%	83.64%	60%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 166,67%. *IKU-6* merupakan IKU Direktif Dirjen Yankes dan telah terjadi perubahan target pada tahun 2024 sesuai kamus indikator yang ditentukan.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Komitmen yang tinggi dan kolaborasi yang baik antara DPJP, Tim IBS dan Tim PONEK
- 2) Manajemen IBS berkoordinasi secara intensif dengan unit lainnya terkait kebutuhan BMHP, linen operasi dan instrumen steril.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Berikut upaya yang dapat dilakukan untuk mempertahankan keberhasilan capaian *IKU-6* adalah sebagai berikut :

- 1) Memaksimalkan Ruang Ok cito untuk tindakan SC *Emergency* agar respon time tindakan lebih optimal
- 2) Pemenuhan sarana, prasarana termasuk membentuk Tim SC *Emergency* di Ok Cito
- 3) Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan DPJP Spesialis kandungan, dokter anak dan dokter anestesi agar dapat meningkatkan waktu tanggap operasi *Sectio Caesarea Emergensi*.

IKU-7. Presentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal.

▪ **Definisi Operasional**

Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi).

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi}}{\text{Seluruh target pelayanan pelaksanaan RME yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi}} \times 100\%$$

Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100%.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Koordinasi yang baik seluruh manajemen dan staf rumah sakit dalam mengimplementasikan RME
- 2) Melakukan pengembangan modul SIMRS untuk RME di seluruh unit pelayanan
- 3) Koordinasi ketersediaan anggaran dalam mendukung implementasi RME di RS.

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-7*. Persentase Layanan RME Terintegrasi tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Presentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%

RSUP Dr. Johhannes Leimena telah mengimplementasikan Rekam Medik elektronik di seluruh unit layanan mulai dari pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK dan layanan penunjang (lab. radiologi. gizi. rehab medik) sehingga telah terealisasi sebesar 100%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-7*. Persentase Layanan RME Terintegrasi tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan	-	-	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 100%. *IKU-7* merupakan IKU Direktif Dirjen Yankes pada Tahun 2023 dan 2024 sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja beberapa tahun sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Komitmen yang tinggi dan kolaborasi yang baik seluruh *stakeholders* rumah sakit dalam mengimplementasikan RME
- 2) Kerja sama dengan RS Vertikal lainnya dan Vendor IT yang memiliki kapasitas dalam pengembangan RME.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Ketersediaan infrastruktur yang memadai dalam pengembangan RME di seluruh unit pelayanan
- 2) Meningkatkan komitmen dan kolaboratif seluruh *stakeholders* dalam pelaksanaan RME terintegrasi di seluruh unit pelayanan.

IKU-8. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target

▪ **Definisi Operasional**

Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah INM yang memenuhi target}}{\text{Jumlah INM yang ditetapkan}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Komite Mutu melakukan kendali mutu melalui monitoring dan evaluasi kinerja capaian INM secara berkala
- 2) Pelaporan hasil capaian INM ke aplikasi Mutu Fasyankes secara tepat waktu.

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-8*. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	12 Laporan	12 Laporan	100%	100%	84,62%	84,62%

Capaian diperoleh dari rata-rata capaian seluruh INM Indikator belum memenuhi target karena total 13 INM terdapat 2 indikator yang belum memenuhi standar pada Tahun 2024 yaitu waktu tunggu rawat jalan (79,14%) dan Kepatuhan alur klinis / *Clinical Pathway* (88,66%).

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-8*. % Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	-	-	-	-	-	-	12 Laporan	12 Laporan	100%	84,62%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 84,62%. *IKU-8* merupakan IKU Direktif Dirjen Yankes pada Tahun 2023 dan 2024 dan telah terjadi perubahan target pada tahun 2024 sesuai kamus indikator yang ditentukan.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Untuk kepatuhan alur klinis (*Clinical Pathway*) masih terdapat pasien dengan LOS memanjang karena disertai dengan penyulit atau menderita penyakit penyerta lainnya sehingga membutuhkan perawatan yang lebih lama.
- 2) Waktu tunggu rawat jalan masih terdapat beberapa kendala yaitu beberapa pasien mendaftar lebih awal dari waktu yang ditetapkan, pasien tidak langsung dibawa saat keluarga melakukan registrasi di loket pendaftaran, dan belum optimalnya ketepatan waktu pelayanan poliklinik dikarenakan beberapa dokter harus melakukan operasi *cito* di jam layanan poliklinik yang sudah ditentukan.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Komite Mutu dan Tim CP mengoptimalkan sosialisasi ke seluruh pemberi asuhan pentingnya kepatuhan terhadap CP untuk menyeragamkan asuhan pada pasien sesuai panduan kkinis sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.
- 2) Menerapkan alur proses pelayanan berbasis digital, agar waktu pemberian layanan bisa menjadi lebih ringkas.

IKU-9. Hasil Survey Budaya Keselamatan

▪ **Definisi Operasional**

Budaya keselamatan adalah pada *hand note*

▪ **Cara Perhitungan**

Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Internalisasi budaya keselamatan pasien oleh seluruh *civitas hospitalia*
- 2) Menerapkan alur pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikontrol dan diawasi oleh Komite Mutu RS

3) Pelaporan IKP secara berkala dan tepat waktu di aplikasi pelaporan Yankes

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-9*. Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	-	-	-	> 75 %	75,06%	100,08%

IKU-9 merupakan IKU Direktif baru pada PK tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembanding pada periode sebelumnya. Berdasarkan hasil survey budaya keselamatan yang dilaksanakan internal oleh komite mutu diperoleh angka capaian 75,06% dan telah memenuhi target yang ditetapkan oleh Ditjen Yankes yaitu > 75%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-9*. Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan tahun 2024	-	-	-	-	-	-	-	-	> 75 %	75,06%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 100,08%. *IKU-8* merupakan IKU Direktif pada PK 2024 sehingga tidak terdapat data pembanding realisasi kinerja periode sebelumnya

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) *Stakeholders* terkhusus tenaga kesehatan telah menginternalisasikan budaya *Patient Safety* di rumah sakit secara

optimal

- 2) Alur pelaporan insiden keselamatan pasien telah diimplementasikan sesuai prosedur
- 3) Audit mutu oleh komite mutu secara berkala

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Seluruh tenaga kesehatan, baik dokter, perawat, maupun staf lainnya, perlu diberikan pelatihan *Patient Safety* lanjutan agar tetap memperbarui pengetahuan dan keterampilannya dalam menerapkan prosedur keselamatan pasien
- 2) Menginternalisasikan budaya keselamatan pasien melalui komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan, implementasi sesuai prosedur serta evaluasi dan audit mutu di setiap titik pelayanan
- 3) Menyempurnakan alur sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang aksesibel dan dijamin kerahasiannya serta tindak lanjut pelaporan berdasarkan analisa yang tepat.

IKU-10. Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam

▪ **Definisi Operasional**

Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam}}{\text{Jumlah keseluruhan rekam medik}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Sosialisasi dan evaluasi secara berkala terkait pengisian Rekam Medis
- 2) Penunjukkan PIC / Petugas khusus yang memonitoring kelengkapan berkas di ruang perawatan

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-10*. Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Pengembalian RM lengkap 1x24 jam	80%	82,72%	103,4%	82%	81,29%	99,13%

IKU-10 belum memenuhi target yang ditetapkan dengan realisasi sebesar 99,13%. Angka Pengembalian Rekam medik Lengkap sebesar 82,04% diperoleh dari angka rekam medik yang dikembalikan tepat waktu 1x24 jam sebanyak 38116 Rekam Medik dibandingkan total 46829 Rekam Medik yang diobservasi. Indikator belum memenuhi target karena kurangnya angka pengembalian RM lengkap terutama di rawat inap dengan total angka pengembalian sebesar 59,46% sedangkan untuk rawat jalan sebesar 86,70%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-10*. Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	70%	-	75%	66,04%	78%	75,76%	80%	82,72%	82%	81,29%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 99,13%.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Penerapan alur dan prosedur pengisian / pendokumentasian

resume medis H-1 sebelum pasien pulang belum berjalan dengan optimal

- 2) Masih belum maksimalnya pengisian assesmen medis
- 3) Persetujuan tindakan medik tidak dilengkapi
- 4) CPPT belum diverifikasi DPJP

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Melakukan sosialisasi dan edukasi secara berkala dan intensif terkait pengisian rekam medis

IKU-11. Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan

▪ **Definisi Operasional**

Ketepatan waktu layanan adalah ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada *customer* baik internal maupun eksternal. Ketepatan waktu layanan yang dimaksud adalah :

- 1) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time I
- 2) Layanan Radiologi dengan waktu pemeriksaan 1 jam ($\geq 80\%$)
- 3) Layanan Laboratorium dengan waktu pemeriksaan 1 jam ($\geq 80\%$)
- 4) Layanan Resep obat jadi < 30 menit ($\geq 80\%$)

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan (4 layanan)}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Mengoptimalkan upaya reduksi waktu tunggu IGD dengan segera merespon / menerima pasien yang sudah terdaftar di SIMRS sesuai standar dan prosedur
- 2) Meningkatkan koordinasi dan komunikasi antara Dokter Sp.Rad dan tim Radiografer yang bertugas sekaligus rutin memfollow-up hasil foto/gambar yang telah diexpertise
- 3) Memisahkan orderan darah rutin dengan pemeriksaan lab lainnya agar sistematis pengorderan oleh DPJP tetap maksimal serta evaluasi hambatan pencapaian target respon time pada rapat rutin
- 4) Mengkoordinasikan kebutuhan penunjang layanan resep obat misal

usulan pengadaan ribbon printer dan perbaikan printer e-tiket

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-11*. Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Ketepatan waktu layanan	78%	81,25%	104,16%	80%	100%	125%

Indikator telah mencapai target untuk seluruh unit layanan dengan capaian masing-masing unit layanan periode Periode berikut :

- 1) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time I : 86,02%
- 2) Layanan Radiologi dengan waktu pemeriksaan 1 jam : 80,81%
- 3) Layanan Laboratorium dengan waktu pemeriksaan 1 jam : 97,18%
- 4) Layanan Resep obat jadi < 30 menit : 95,32%.

Seluruh unit layanan yang diobservasi memenuhi target ketepatan waktu layanan (4 layanan) > 80% sehingga diperoleh total capaian 100%. Angka capaian *IKU-11* mengalami kenaikan signifikan sebesar 18,75% dibandingkan periode sebelumnya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-11*. Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Ketepatan waktu pelayanan	55%	-	66%	33.3%	78%	79.17%	78%	81.25%	80%	100%

Dari tabel perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah terlihat adanya kenaikan capaian kinerja yang cukup signifikan dengan kenaikan sebesar 18,75% dan telah memenuhi target 2024 yang

merupakan target jangka menengah RSB terealisasi sebesar 125%. Hal ini menunjukkan upaya reduksi waktu tunggu setiap layanan telah maksimal dilaksanakan.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Setiap PIC Layanan telah mensosialisasikan di unit masing-masing terkait target waktu layanan yang ditetapkan pada setiap rapat rutin
- 2) Monitoring dan Evaluasi capaian IKU oleh Direktur Utama secara berkala untuk *reminder* pencapaian target dan tindak lanjut atas kondisi yang relatif menjadi kendala / *problem prone*
- 3) Koordinasi dan kerjasama yang baik dari seluruh petugas layanan.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Monitoring dan evaluasi waktu tunggu pelayanan
- 2) Meningkatkan ketepatan waktu pelayanan
- 3) Mematuhi SOP yang telah ditetapkan

IKU-12. Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent

▪ **Definisi Operasional**

Unit Layanan adalah seluruh Unit/Instalasi di RSUP Dr.Johannes Leimena Ambon yang memberikan pelayanan langsung maupun tidak langsung kepada pasien. Kinerja *Excellent* adalah tingkat capaian kinerja yang melebihi target kinerja yang sudah ditentukan (>80%).

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah unit dengan kinerja excellent}}{\text{Jumlah seluruh unit}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Menetapkan sasaran dan indikator kinerja di setiap unit
- 2) Melakukan evaluasi secara berkala terkait hasil kinerja setiap unit
- 3) Melakukan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi capaian kinerja setiap unit
- 4) Memberikan *Reward* kepada unit layanan yang berkinerja *excellent*

▪ Pencapaian Kinerja

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-12*. Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
% Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	70%	84,36%	120,51%	75%	98,25%	131%

Persentase unit dengan kinerja *excellent* tahun 2024 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 95,25%. Angka capaian telah terealisasi sebesar 131% dibandingkan dengan target yang ditetapkan dan mengalami kenaikan yang signifikan sebesar 13,89%. Angka *IKU-12* diperoleh dari jumlah unit dengan kinerja excellent dengan pencapaian target kinerja > 80% dibagi dengan jumlah seluruh unit yang diukur yaitu sebanyak 30 unit kerja kemudian dikali 100 %. Pengukuran dilakukan per triwulan sehingga diperoleh hasil rata-rata capaian persentasi unit dengan kinerja excellent dari hasil capaian periode triwulan I sebesar 100%, triwulan II sebesar 96,43%, triwulan III sebesar 96,55% dan triwulan IV sebesar 100%.

▪ Perbandingan Realisasi Kinerja

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-11*. % Unit Layanan dengan Kinerja Excellent tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
% Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	50%	-	60%	23.53%	65%	62.84	70%	84.36%	75%	98,25%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 131%.

- **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**
 - 1) Komitmen seluruh *stakeholders* dalam peningkatan mutu pelayanan
 - 2) Ketersediaan anggaran untuk mengakomodir kebutuhan dalam menunjang peningkatan mutu layanan
 - 3) Optimalisasi dan kendali mutu layanan melalui kegiatan audit mutu sehingga pencapaian target kinerja dapat tercapai maksimal
- **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**
 - 1) Menetapkan sasaran dan indikator kinerja pada setiap unit layanan yang belum memiliki KPI
 - 2) Memaksimalkan peran Komite Mutu untuk memfasilitasi dan mengakomodir pelaksanaan peningkatan mutu melalui kegiatan audit mutu sehingga pencapaian target kinerja dapat tercapai maksimal.

IKU-13. Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik

- **Definisi Operasional**

Unit Layanan Unggulan adalah *Center of Excellent* yang terdiri dari : Layanan Jantung Terpadu; Layanan Kanker Terpadu dan Layanan Kesehatan Kemaritiman Terpadu. Berkinerja Baik adalah Memenuhi kriteria yang ditetapkan yaitu :

 - 1) Jumlah kunjungan setiap unit layanan unggulan memenuhi target kunjungan yang ditetapkan
 - 2) Pertumbuhan *Revenue*
- **Cara Perhitungan**

Σ Unit layanan unggulan yang berkinerja baik sesuai kriteria yang ditetapkan
- **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Menyiapkan sumber daya, baik SDM maupun sarana prasarana dan alkes yang dapat menunjang operasional layanan unggulan

 - Mengikutsertakan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan dalam program *Fellowship* serta pelatihan terkait spesialisik layanan jantung dan kanker

- Penambahan dokter spesialis bedah tumor, onkologi radiasi dan Pelatihan SDM Radioterapi
- Pelatihan dokter untuk penguatan layanan hiperbarik
- Optimalisasi layanan Jantung (Cathlab)
- Mempermatang persiapan layanan Radioterapi melalui kredensialing dan Uji alat CT Simulator (LINAC) oleh Bapeten

▪ Pencapaian Kinerja

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-13*. Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Target	%	Target	Realisasi	66,67%
Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik	2 Layanan	2 Layanan	100%	3 Layanan	2 Layanan	100%

IKU-13 belum memenuhi target yang ditetapkan. Dari target 3 layanan unggulan hanya 2 layanan yang berkinerja baik / *excellent* dengan pertumbuhan kunjungan dan Revenue meningkat yaitu Layanan Jantung Terpadu dan Layanan Kanker Terpadu.

▪ Perbandingan Realisasi Kinerja

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-13*. Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik	1 Layanan	-	1 Layanan	-	2 Layanan	1 Layanan	2 Layanan	2 Layanan	3 Layanan	2 Layanan

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 66,66%.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Kompetensi dan keahlian SDM belum memenuhi standar sehingga diperlukan pembekalan pelatihan untuk mempersiapkan operasional layanan unggulan
- 2) Belum ada tenaga dokter spesialisik menunjang kegiatan layanan unggulan hiperbarik
- 3) Belum optimalnya promosi layanan hiperbarik

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Menambah jumlah SDM untuk mencukupi kebutuhan agar layanan unggulan dapat beroperasi secara maksimal dalam pelayanan unggulan
- 2) Melengkapi fasilitas sarana dan prasarana, khususnya alat kesehatan yang diperlukan untuk mengoperasikan unit layanan unggulan
- 3) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP unit layanan unggulan

IKU-14. Pertumbuhan MCU

▪ **Definisi Operasional**

Medical Check Up (MCU) adalah pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode tertentu}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode sebelumnya}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Membentuk tim Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) MCU
- 2) Melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam rangka mengotimalkan operasional pelayanan MCU
- 3) Menyusun kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan MCU
- 4) Optimalisasi promosi layanan MCU

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-14*. Pertumbuhan MCU tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Pertumbuhan MCU	2%	190,33%	9516%	4%	-23%	0%

Hasil capaian pertumbuhan MCU adalah sebesar 0% yang diperoleh dari angka perbandingan kunjungan MCU tahun 2024 sebanyak 662 orang terhadap kunjungan tahun 2023 sebanyak 823 orang.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-14*. Pertumbuhan MCU tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik	1%	-	1%	-	2%	1290.24%	2%	190.33%	4%	0%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB belum tercapai karena angka kunjungan MCU yang menurun dari tahun sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Belum optimalnya promosi layanan MCU termasuk paket harga dan paket MCU yang masih sedikit dan belum variatif sesuai kebutuhan pelanggan
- 2) Alat dan jenis pemeriksaan yang belum lengkap karena beberapa layanan MCU masih bercampur dengan pelayanan poliklinik reguler
- 3) Kebijakan perubahan tarif MCU

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Pengembangan strategi promosi MCU secara masif dan intensif melalui digital marketing dan *social media*
- 2) Melakukan upaya perbaikan pengalaman pasien melalui peningkatan layanan, fasilitas dan reduksi waktu tunggu
- 3) Menyusun paket tarif dan jenis layanan MCU yang beragam dan sesuai kebutuhan

5. SASARAN STRATEGIS : TERSELENGGARANYA PELAYANAN CENTER OF EXCELLENCE DI RS VERTIKAL SECARA OPTIMAL

IKU-15. Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan

▪ **Definisi Operasional**

Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam

▪ **Cara Perhitungan**

Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24 jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Terpenuhi jika capaian 100%.

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Optimalisasi pengelolaan aplikasi penanganan aduan sesuai prosedur yang berlaku
- 2) *Grading* resiko komplain yang diidentifikasi secara tepat sehingga aduan segera ditangani segera oleh unit terkait dan ditindaklanjuti secara efektif.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	-	-	-	100%	100%	100%

IKU-15 merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembandingan pada periode sebelumnya. Berdasarkan laporan pengelolaan aduan dari Tim Humas RS diperoleh angka capaian 100% dan telah memenuhi target yang ditetapkan oleh Ditjen Yankes yaitu 100%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-15*. Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 100%. *IKU-15* merupakan IKU Direktif pada PK 2024 sehingga tidak terdapat data pembandingan realisasi kinerja periode sebelumnya

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Optimalisasi pengelolaan aplikasi penanganan aduan sesuai prosedur yang berlaku
- 2) *Grading* resiko komplain yang diidentifikasi secara tepat sehingga aduan segera ditangani segera oleh unit terkait dan ditindaklanjuti secara efektif.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Meningkatkan koordinasi internal antar Tim Humas dengan Unit atau Tim Kerja terkait untuk memastikan aduan ditindaklanjuti secara menyeluruh
- 2) Melakukan audit dan evaluasi secara rutin terhadap proses penanganan komplain untuk mengidentifikasi area perbaikan.

- 3) Ketersediaan layanan pengaduan 24/7 yang aksesibel berupa hotline telepon, aplikasi pesan singkat atau platform lain yang relevan yang dikelola oleh tim yang siap merespon cepat.

IKU-16. Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis

▪ **Definisi Operasional**

Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas. Indikator Klinis RSUP Dr. Johannes Leimena terdiri dari :

- 1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari (>80%)
- 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “Door To Needle” ≤ 30 Menit (>80%)
- 3) Urologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam (>80%)
- 4) KIA 1 : Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram (>80%)

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Total kumulatif capaian setelah konversi}}{\text{Jumlah indikator klinis yang diukur}}$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Pelatihan dan pendidikan berkelanjutan agar pengetahuan dan kompetensi tenaga kesehatan meningkat dan tetap relevan sesuai praktik klinis terbaru
- 2) Monitoring dan audit klinis secara berkala untuk peningkatan kualitas layanan dan meminimalisir kesalahan medis

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	100%	80%	97,92%	122%

Klinis						
--------	--	--	--	--	--	--

Indikator telah memenuhi target yang ditetapkan dengan tercapainya output klinis / indikator klinis terpilih >80% dengan capaian masing-masing indikator klinis berikut :

- 1) Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari (100%)
- 2) Jantung : Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit (100%)
- 3) Uronefrologi : Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam (100%)
- 4) KIA : Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram (91,67%).

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-16*. Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	-	-	-	-	-	-	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	80%	97,92%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi 100%. *IKU-15* merupakan IKU Direktif pada PK 2024 sehingga tidak terdapat data pembandingan realisasi kinerja periode sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Tenaga kesehatan memiliki kompetensi dan keterampilan yang memadai serta melaksanakan pelayanan sesuai standar klinis dan prosedur
- 2) Monitoring dan evaluasi capaian Indikator klinis secara berkala baik dari internal RS juga *desk* pelaporan ke Direktorat Tata Kelola Ditjen Yankes.

- **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mempertahankan dan memaksimalkan capaian layanan.

6. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA SISTEM MANAJEMEN YANG PROFESIONAL, KREATIF DAN INOVATIF

IKU-17. Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan

- **Definisi Operasional**

Mutasi atau rotasi pegawai pada unit kerja adalah perubahan posisi / unit kerja yang dilakukan oleh pimpinan kepada pegawai baik secara internal UPT maupun eksternal di lingkungan Kemenkes atau Kementerian lain.

- **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang dimutasi}}{\text{Jumlah pegawai}} \times 100\%$$

- **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Memetakan unit yang kekurangan pegawai dan pegawai yang mengusulkan untuk mutasi ke instansi vertikal Kemenkes

- **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-17. Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan* tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan	-	-	-	10%	7,03%	70,30%

IKU-15 merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembandingan pada periode sebelumnya. Angka capaian diperoleh

Hasil capaian Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja MCU adalah sebesar 7,03% yang diperoleh dari rata-rata capaian mutasi di Bagian

Medik, Keperawatan, Penunjang, Administrasi dan Operasional Umum serta mutasi di Lingkup Kemenkes .

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-17*. Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	70,30%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB belum terpenuhi dan baru terealisasi 70,30%. *IKU-17* merupakan IKU Direktif pada PK 2024 sehingga tidak terdapat data pembanding realisasi kinerja periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Kesulitan penempatan jabatan fungsional ke unit kerja lain karena tupoksi yang berbeda terkhusus jabatan fungsional kesehatan (Bagian Penunjang) selain perawat misal Apoteker, Radiografer, ATLM dll
- 2) PNS yang sebagian besar belum memenuhi batas waktu pengabdian 5 tahun sehingga belum memenuhi syarat untuk mengikuti seleksi mutasi internal di lingkup Kemenkes.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Pemetaan kebutuhan pegawai dan ABK di setiap unit kerja dijadikan sebagai acuan dalam mutasi pegawai internal rumah sakit

IKU-18. Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan

▪ **Definisi Operasional**

Persentase staf yang mendapatkan *Reward* sesuai dengan standar dan *Punishment* sesuai dengan aturan yang berlaku.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diberikan Reward dan/atau Punishment}}{\text{Jumlah pegawai}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

Observasi dan penilaian setiap pegawai di unit pelayanan dengan kriteria sebagai pegawai terbaik.

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-18*. Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan	-	-	-	1%	0,54%	54%

IKU-18 merupakan IKU Direktif baru pada tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembandingan pada periode sebelumnya. Angka capaian Pemberian Reward dan Punishment Pegawai adalah sebesar 0,54% atau terealisasi 54% dibandingkan target yang ditetapkan. Angka ini diperoleh dari rata-rata % staf yang mendapatkan *reward punishment* pada Semester I sebesar 0,5% dan semester II sebesar 0,54%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-18*. Implementasi Pemberian *Reward* dan *Punishment* Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	54%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB belum terpenuhi dan baru terealisasi 54%. *IKU-17* merupakan IKU Direktif pada PK 2024 sehingga tidak terdapat data pembandingan realisasi kinerja periode sebelumnya.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Belum ada kebijakan internal dan prosedur terkait pemberian *Reward* di Lingkungan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
- 2) Masih minimnya inisiatif dan semangat pegawai untuk menciptakan inovasi
- 3) Belum dibentuknya tim penilai pegawai teladan

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Menyusun kebijakan internal terkait pemberian *Reward* dan *Punishment* dan membentuk Tim penilai pegawai teladan

III. PERSPEKTIF LEARNING AND GROWTH

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek *Learning and Growth* dibagi dalam 4 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

7. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA OPTIMALISASI PEMANFAATAN DAN KEANDALAN ASET UNTUK INOVASI LAYANAN

IKU-19. Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

▪ **Definisi Operasional**

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit.

▪ **Cara Perhitungan**

Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki

sesuai proporsi pembobotan di ASPAK (di cek dalam ASPAK RS UPT Vertikal).

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Melakukan pemetaan pemenuhan SPA sesuai standar melalui aplikasi ASPAK
- 2) Monitoring dan supervisi pemenuhan standar SPA

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-19*. Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase pemenuhan SPA sesuai standar	95%	78,57%	82,70%	90%	78,88%	87,64%

IKU-19. merupakan IKU Direktif pada PK Tahun 2023 dan 2024 dan terjadi perubahan target di Tahun 2024 (target IKU diturunkan). Capaian Persentase pemenuhan SPA sesuai standar adalah sebesar 78,88%. Angka capaian belum memenuhi target yang ditetapkan namun telah terealisasi sebesar 87,64% dari target. Faktor kendala yang menghambat ketercapaian pemenuhan SPA sesuai standar adalah belum optimalnya keterisian data / *update* data standar acuan di aplikasi ASPAK dan masih banyaknya Alat Kesehatan yang belum dimiliki sesuai standar RS Tipe III.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-19*. Persentase pemenuhan SPA sesuai standar tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase pemenuhan SPA sesuai standar	-	-	-	-	-	-	95%	82,70%	90%	87,64%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB baru terealisasi sebesar 87,64%.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Belum optimalnya keterisian data / update data standar acuan di aplikasi ASPAK
- 2) Masih kurangnya tenaga teknis di rumah sakit untuk melakukan pengisian data ASPAK
- 3) Masih banyaknya Alat Kesehatan canggih yang belum dimiliki sesuai standar RS Tipe III.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Pelaksanaan Bimbingan teknis dan monitoring evaluasi ASPAK secara berkala baik secara luring maupun daring
- 2) Menambah jumlah staf teknis sebagai PIC pengisi data ASPAK agar tingkat keterisian / update data dapat optimal dilakukan secara kontinu dan berkala
- 3) Pemenuhan SPA sesuai standar RS Tipe III.

IKU-20. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi Sesuai Standar

▪ **Definisi Operasional**

Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 th 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi}}{\text{Jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Menyusun kebijakan dan prosedur kalibrasi alat kesehatan
- 2) Staf elektromedis diberikan pelatihan terkait teknisi alat kesehatan dan kalibrasi serta cara pemeliharaan alat kesehatan dengan baik dan benar

- 3) Menyusun daftar alat kesehatan wajib dan prioritas untuk dikalibrasikan serta mengusulkan ke BPFK untuk dijadwalkan kalibrasi secara berkala
- 4) Pemantauan dan evaluasi terhadap proses kalibrasi alkes dan melakukan evaluasi apakah hasil kalibrasi alat telah sesuai

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-20*. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi Sesuai Standar	95%	94,46%	99,43%	90%	85,71%	95,23%

IKU-20. merupakan IKU Direktif pada PK Tahun 2023 dan 2024 dan terjadi perubahan target di Tahun 2024 (target IKU diturunkan). Capaian persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar adalah sebesar 85,71%. Angka diperoleh dari jumlah Alkes yang telah dikalibrasi sebanyak 588 alat dibandingkan jumlah keseluruhan Alkes wajib kalibrasi sebanyak 686 alat. Angka capaian belum memenuhi target yang ditetapkan namun telah terealisasi sebesar 95,23% dari target.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-20*. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi Sesuai Standar	-	-	-	-	-	-	95%	104%	90%	95,23%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB baru terealisasi sebesar 95,23%.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Telah diusulkan kalibrasi lanjutan untuk sisa alat kesehatan yang belum dikalibrasi melalui surat permintaan ke BPFK namun rentang waktu yang tidak memadai dan juga tidak ada *feedback* sehingga jumlah alkes dikalibrasi tidak bertambah pada triwulan akhir TW IV 2024.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Memastikan proses kalibrasi alat medis telah dilaksanakan sesuai prosedur
- 2) Membuat sistem pelaporan alat medis yang mengakomodir pencatatan jumlah alat kesehatan wajib kalibrasi dan progres realisasi kalibrasi yang dapat dipantau secara berkala
- 3) Audit internal untuk memastikan kepatuhan terhadap kebijakan kalibrasi.

IKU-21. OEE Alat Medik Utama

▪ **Definisi Operasional**

Alat Medik Utama yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta. Adapun Alat medik yang diukur adalah MRI, CT-Scan dan DR X-Ray.

Overall Equipment Effectiveness (OEE) adalah tingkat efektivitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : *Availability*, *Performance* dan *Quality*.

- a : Runtime yang direncanakan
- b : Runtime actual
- c : Produksi seharusnya

d : Produksi yang dihasilkan

e : Kualitas yang diharapkan

f : Kualitas yang dihasilkan

▪ **Cara Perhitungan**

(Availability x Performance x Quality)

$$= \frac{b}{a} \times \frac{d}{c} \times \frac{f}{e} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan upaya yang dilakukan**

- 1) Memastikan penggunaan dan *maintenance* setiap alat medik utama telah sesuai SOP yang dibuat
- 2) Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan KSO alat medik
- 3) Mengoptimalkan pemanfaatan alat medik utama
- 4) Menyusun perencanaan perawatan dan pemeliharaan (utilitas) alat medik
- 5) Mengevaluasi alat medik berdasarkan kondisi fisik

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-21*. OEE alat medik utama tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
OEE alat medik utama	60%	101,37%	168%	65%	169%	260%

Capaian total OEE alat medik utama didapatkan dari rata-rata capaian TW I sebesar 195,47%; TW II sebesar 199,81%; TW III sebesar 141,98% dan TW IV sebesar 138,73%. Capaian total OEE telah melampaui target yang ditetapkan yaitu sebesar 65% dan terlihat tabel perbandingan antara target dan realisasi kinerja terjadi trend capaian yang naik signifikan 92%. Hal ini dikarenakan terdapat penambahan alat canggih Angiografi, USG Radiologi dan Echocardiography yang diukur tingkat utilitasnya yang dari sebelumnya pada tahun 2023 hanya MRI, CT-Scan dan DR X-Ray yang diukur. OEE pada tahun 2024 telah terealisasi 260% dengan kata lain utilitas alat medik utama di RSUP Dr. Johannes Leimena dinyatakan

Normal dan sangat baik. Angka capaian OEE jika dibandingkan dengan standar *Overall OEE World Class* telah melampaui target >85%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-21*. OEE alat medik utama tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
OEE alat medik utama	50%	-	55%	33.98%	57%	106.68%	60%	101.37%	65%	260%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi 260%. Hal ini menunjukkan tingkat utilitas dan nilai efektifitas alat medik utama di RSUP Dr. Johannes Leimena sangat baik.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Penggunaan dan *maintenance* setiap alat medik utama telah sesuai SOP yang berlaku
- 2) Monitoring dan evaluasi penggunaan dan utilitas alat medis

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Menambah tenaga teknis yang berkompeten
- 2) Peningkatan kompetensi tenaga teknis melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit

8. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA MUTU PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

IKU-22. Persentase Modul SIM RS yang Terintegrasi

▪ **Definisi Operasional**

Modul SIM RS yang terintegrasi adalah Modul SIM RS yang terintegrasi antara satu modul dengan modul yang lain. Berikut beberapa Modul yang direncanakan akan diintegrasikan:

- Modul Front Office
- Modul Back-office

- Modul Inventory
- Modul Billing System
- Modul MSDM
- Modul Perencanaan Persediaan Farmasi
- Integrasi BPJS
- Integrasi Data Kanker
- Integrasi PACS
- Integrasi RS Online & Siranap
- Model e-planning
- Modul e-piutang
- Integrasi Satu Sehat (Modul Rawat Jalan, Modul Farmasi, Modul lab, Modul Radiologi, Modul Rawat Inap dan Modul IGD)

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah Modul SIM RS yang Terintegrasi}}{\text{Jumlah Modul yang direncanakan Terintegrasi}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Melakukan koordinasi dengan pihak lain terkait akun dan juknis *bridging*
- 2) Mengoptimalkan SDM IT yang ada untuk melakukan pengembangan sistem ataupun membuat sistem yang baru
- 3) Berkoordinasi dengan Tim IT RS Vertikal

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Modul SIM RS yang terintegrasi	87%	83,33%	95,78%	90	94,44%	104,93%

Hasil pencapaian indikator persentase modul SIMRS yang terintegrasi adalah 104,93%. Angka capaian telah memenuhi target yang ditetapkan dan mengalami kenaikan capaian sebesar 11% dari capaian tahun sebelumnya. Dari 17 Modul yang direncanakan akan diintegrasikan, 1 Modul yang belum diintegrasikan yaitu Data Kanker.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-22*. % Modul SIM RS yang terintegrasi tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Modul SIM RS yang terintegrasi	75%	75%	80%	80%	85%	85%	87%	83,33	90%	94,44%

Untuk realisasi kinerja tahun 2023 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi 104,93%.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Support dan koordinasi yang baik dengan Tim IT RSV Lainnya
- 2) Modul-modul yang direncanakan akan diintegrasikan menjadi prioritas dan dibuatkan *action plan* beserta timeline penyelesaian
- 3) Tim IT RS yang kompeten dan support anggaran pengembangan modul SIMRS yang memadai

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Membuat usulan mengikuti pelatihan dan *workshop* pengembangan SIMRSGos untuk mengembangkan kemampuan dan keterampilan Tim IT
- 2) Pada saat akan dilakukan pengembangan maupun penambahan modul, perlu diadakan diskusi dahulu agar modul yang dibuat dapat sesuai dengan kebutuhan *user*
- 3) Memodifikasi atau mengembangkan aplikasi SIMRS

IKU-23. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

▪ **Definisi Operasional**

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUITE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Mengkomunikasi langsung dengan RS Perujuk untuk melengkapi data rujukan supaya bisa segera di konsulkan
- 2) Monitoring lanjutan sistrute setiap bulan dan maksimalkan respon time sistrute tepat waktu.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	85%	70%	82,35%	100%	63,14%	63,14%

Hasil pencapaian indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi tahun 2024 adalah 63,14%. Angka capaian diperoleh dari jumlah rujukan masuk melalui SISROUTE yang direspon kurang dari 1 jam yaitu 1069 pasien dibandingkan jumlah total kasus yang ditindaklanjuti di SISROUTE sebanyak 1693 pasien. Angka capaian belum memenuhi target yang ditetapkan dan mengalami penurunan sebesar 6,86% dari capaian periode sebelumnya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-23*. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi	-	-	-	-	70%	70.23%	85%	70%	100%	63,14%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB baru terealisasi 63,14%. Belum optimalnya

capaian pelaksanaan Sisrute dikarenakan masih banyaknya kendala teknis mulai dari sistem *down* dan kendala teknis lain sehingga berdampak pada misinformasi antara RS perujuk maupun RS yang dirujuk.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Komunikasi Sisrute antar RS perujuk terkadang tidak tuntas dan memberikan data yang tidak akurat sehingga memperpanjang waktu Respon Time < 1 jam dan seringkali ditemukan rujukan melalui Sisrute yang masuk dari RS perujuk berulang kali untuk satu pasien sehingga mengganggu waktu respon time sistem.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Mengusulkan proposal optimalisasi pelayanan Sisrute RS Leimena khususnya di Provinsi Maluku
- 2) Pertemuan Evaluasi Sisrute Provinsi Maluku yang diakomodir oleh Dinas Kesehatan Provinsi Maluku secara berkala.

9. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA SDM YANG KOMPETEN DAN KOMPETITIF

IKU-24. Persentase Staf dengan Kompetensi Standar

▪ **Definisi Operasional**

Persentase staf dengan kompetensi standar adalah jumlah ASN (PNS dan PPPK) yang telah mengikuti program pengembangan kompetensi minimal 20 JP.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah ASN yang telah mengikuti program pengembangan kompetensi minimal 20 JP}}{\text{Jumlah Seluruh ASN}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Pelaksanaan pengembangan kompetensi untuk seluruh ASN melalui *workshop / in house training* di internal RS
- 2) Menghimbau ASN untuk mengikuti pelatihan secara mandiri dan diakomodir surat tugas oleh Timker Diklat

- 3) Monitoring dan evaluasi progres pengembangan kompetensi dengan membuat nota dinas penyampaian ke pimpinan terkait daftar ASN yang belum tercapai 20 JP.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
% staf dengan kompetensi standar	3%	71.94%	2394%	5%	100%	2000%

Indikator telah memenuhi target yang ditetapkan dengan angka capaian 100%. Seluruh ASN sebanyak 428 orang telah mengikuti program pengembangan kompetensi sebanyak 20 JP.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-24.% staf dengan kompetensi standar* tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Staf dengan kompetensi standar	-	-	-	-	-	-	3%	71.94%	5%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 2000% melampaui jauh dari target realisasi yang ditentukan.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Tim Kerja Diklat RS aktif menghimbau dan mengakomodir program pengembangan kompetensi untuk seluruh ASN melalui *workshop / in house training* di internal RS
- 2) Komitmen pegawai untuk berpartisipasi aktif dalam program pelatihan dengan mengajukan pelatihan mandiri (klasikal maupun daring) sesuai kompetensi bidang
- 3) Mulai tercipta banyak ruang diskusi dan wadah *transfer knowledge*

terutama di unit pelayanan sehingga keterampilan praktis dapat terus diperbaharui dan relevan mengikuti penggunaan teknologi / metodologi baru yang inovatif.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Upaya pengembangan kompetensi pegawai secara terfokus kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menambah kapasitas layanan dengan standar jumlah JP yang meningkat misal 40 JP.

IKU-25. Persentase Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi

▪ **Definisi Operasional**

% Staf diarea kritis yang tersertifikasi adalah jumlah staf diarea kritis yang telah mendapatkan sertifikasi pelatihan sesuai dengan standar. Area Kritis yang dimaksud adalah Gawat Darurat, Intensive Care dan Bedah Sentral.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah staf di area kritis yang telah tersertifikasi}}{\text{Jumlah seluruh staf di area kritis}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Menambah jumlah SDM yang sesuai standar jumlah dan kompetensi di area kritis
- 2) Pengembangan kompetensi melalui pendidikan/pelatihan dasar dan berkelanjutan untuk staf di area kritis

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
% Staf diarea kritis yang tersertifikasi	60%	71.82%	119,70%	65%	71,18%	109,51

Area kritis yang dimaksud adalah IGD, IBS, dan Intensif Unit. Staf yang tersertifikasi di masing-masing unit atau area kritis adalah berikut:

- IGD (100%)
- IBS (100%)

- ICU (68,8%)
- ICCU (100%)
- PICU (21,4%)
- NICU (37,5%)

Capaian Total rata-rata staf di Area kritis tersertifikasi adalah 71,18% dan telah memenuhi target yang ditetapkan dengan realisasi 109,51%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-25*. % Staf diarea kritis yang tersertifikasi tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
% Staf diarea kritis yang tersertifikasi	40%	-	50%	82.65%	55%	67.17%	60%	71.82%	65%	71,18%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi 109,51%. Terlihat pada angka capaian yang mengalami penurunan dikarenakan penambahan staf (Dokter, perawat dan Bidan) di area kritis namun belum semuanya tersertifikasi sesuai standar. Hal ini mencerminkan bahwa manajemen masih terus berproses dalam upaya mengoptimalkan pengelolaan SDM yang sesuai standar dan kompetensi dengan mengikutsertakan staf dalam pelatihan khusus sesuai areanya mengingat tingginya resiko yang terjadi pada area kritis ini.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Adanya upaya koordinasi internal yang baik antara Tim Kerja OSDM dan Tim Kerja Diklat untuk mengakomodir dan memproses pengajuan pelatihan staf terkhusus di area kritis
- 2) Staf secara aktif mencari informasi pelatihan dasar dan lanjutan baik klasikal maupun pelatihan dengan metode lainnya.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Mengoptimalkan jumlah dan jenis SDM yang sesuai standar dan kompetensi di area kritis

- 2) Prioritisasi upaya pendidikan/pelatihan dasar dan lanjutan untuk meningkatkan kompetensi dan keahlian staf di area kritis terutama untuk staf atau SDM yang baru ditempatkan di Area kritis.

IKU-26. Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja

▪ **Definisi Operasional**

Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja adalah jumlah ASN (PNS dan PPPK) yang telah mengikuti program pengembangan kompetensi minimal 20 JP.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah ASN yang telah mengikuti program pengembangan kompetensi minimal 20 JP}}{\text{Jumlah Seluruh ASN}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Pelaksanaan pengembangan kompetensi untuk seluruh ASN melalui *workshop / in house training* di internal RS
- 2) Menghimbau ASN untuk mengikuti pelatihan secara mandiri dan diakomodir surat tugas oleh Timker Diklat
- 3) Monitoring dan evaluasi progres pengembangan kompetensi dengan membuat nota dinas penyampaian ke pimpinan terkait daftar ASN yang belum tercapai 20 JP.

▪ **Pencapaian Kinerja**

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja	-	-	-	80%	100%	125%

Indikator telah memenuhi target yang ditetapkan dengan angka capaian 100%. Seluruh ASN sebanyak 428 orang telah mengikuti program pengembangan kompetensi sebanyak 20 JP.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-26*. Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja	-	-	-	-	-	-	-	-	80%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 100% melampaui target realisasi yang ditentukan.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Tim Kerja Diklat RS aktif menghimbau dan mengakomodir program pengembangan kompetensi untuk seluruh ASN melalui *workshop / in house training* di internal RS
- 2) Komitmen pegawai untuk berpartisipasi aktif dalam program pelatihan dengan mengajukan pelatihan mandiri (klasikal maupun daring) sesuai kompetensi bidang
- 3) Mulai tercipta banyak ruang diskusi dan wadah *transfer knowledge* terutama di unit pelayanan sehingga keterampilan praktis dapat terus diperbaharui dan relevan mengikuti penggunaan teknologi / metodologi baru yang inovatif.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Upaya pengembangan kompetensi pegawai secara terfokus kepada tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk menambah kapasitas layanan dengan standar jumlah JP yang meningkat misal 40 JP.

10. SASARAN STRATEGIS : TERSELENGGARANYA PELAYANAN CENTER OF EXCELLENCE DI RS VERTIKAL SECARA OPTIMAL

IKU-27. RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional

▪ Definisi Operasional

Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan LN.

▪ Cara Perhitungan

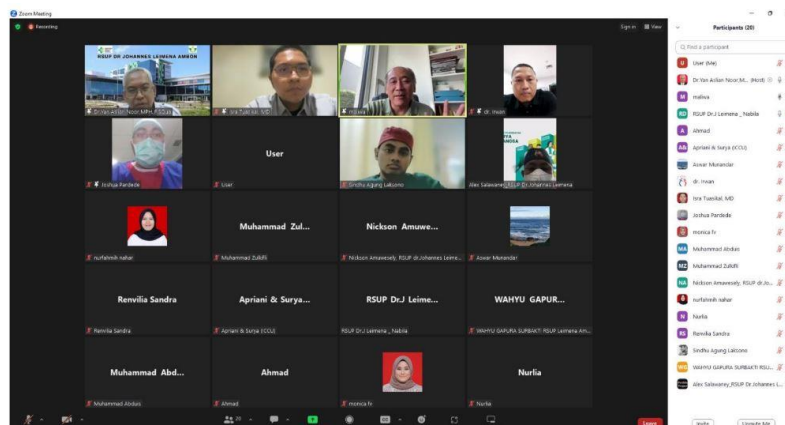
Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS / institusi kesehatan LN baik dalam tahapan peninjauan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

▪ Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan

Mempermatang persiapan agenda kerjasama dalam program pengampunan layanan jantung dan pembuluh darah dengan *University Hospital RWTH Aachen Jerman*.

Gambar

Zoom Meeting Direksi dan SDM Pelayanan Jantung terpadu RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dengan Senior Consultant Ahli Bedah Jantung dan Pembuluh Darah Hospital RWTH Aachen Jerman



▪ Pencapaian Kinerja :

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja IKU-27. RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100%	1 Layanan	1 Layanan	100%

Capaian penyelenggaraan layanan unggulan bertaraf internasional melalui upaya kerja sama dengan institusi kesehatan luar negeri terkait layanan unggulan jantung telah berproses dengan upaya penyusunan MoU Kerjasama dan pembahasan proporsal program pengampunan layanan jantung dan pembuluh darah antara RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon bersama University Hospital RWTH Aachen Jerman dalam persiapan bedah jantung terbuka.

Telah dilakukan koordinasi dengan Direktorat Tata Kelola Yankes terkait rencana MoU dan persiapan laporan resmi kepada Dirjen Yankes dengan melampirkan proposal final. Progres Kerjasama juga telah dipaparkan pada agenda pertemuan pelaksanaan pembinaan dan Monev kerja sama *Sister Hospital* oleh Direktorat TKPK yang dihadiri oleh seluruh perwakilan RS di Provinsi Ambon pada periode sebelumnya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-27*. RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	-	-	-	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan	1 Layanan	1 Layanan

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB baru tercapai 100%.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Proaktif memonitoring progress proposal final dan mempersiapkan kebutuhan implementasi kerjasama *Sister Hospital*.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mempercepat finalisasi renovasi OK untuk persiapan bedah jantung terbuka.

IV. PERSPEKTIF FINANCIAL

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indikator*) yang termasuk aspek *Financial* dibagi dalam 4 sasaran strategis dengan masing-masing indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

11. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA SISTEM MANAJEMEN YANG PROFESIONAL, KREATIF DAN INOVATIF

IKU-28. Pesentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik

▪ **Definisi Operasional**

Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran.

▪ **Cara Perhitungan**

- Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100
- Rasio kas diluar rentang standar (180-360) diberikan skor 50
- Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100
- Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50

Nilai Rata-rata :

$$\frac{\text{Skor Rasio Kas} + \text{Skor Rasio POBO}}{2}$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Penerapan standar akuntansi keuangan pada rumah sakit
- 2) Menyusun Rencana Penarikan Dana (RPD)
- 3) Mengembangkann strategi penghematan / efisiensi agar tidak terjadi eskalasi beban persediaan
- 4) Upaya kendali mutu dan kendali biaya dengan mengkaji pendapatan seluruh unit layanan dibandingkan dengan besaran pemanfaatan obat dan BMHP.

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-28*. Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik_tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Pesentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	-	-	-	100%	75%	75%

IKU-28 merupakan IKU Direktif baru pada PK tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembandingan pada periode sebelumnya. Angka capaian belum memenuhi target yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja keuangan RS belum optimal.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-28*. Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik Tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Pesentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	75%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB baru tercapai 75%.

▪ **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Pengelolaan kas yang belum optimal dan realisasi pencairan dana yang jauh dari rentang nilai RPD
- 2) Maksimalisasi atas pendapatan penunjang / operasional lainnya masih kurang digarap secara optimal
- 3) Beban persediaan yang sangat tinggi

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Meninjau kembali biaya operasional rumah sakit dan mengidentifikasi area yang dapat dioptimalkan dengan

- memperhatikan sumber *revenue* terbesar RS dan pengendalian belanja untuk unit non-layanan yang tidak terlalu berdampak ke pasien.
- 2) Mengembangkan sistem pengendalian dan pengawasan internal dengan memaksimalkan peran SPI dalam audit penggunaan biaya operasional
 - 3) Pimpinan aktif memantau *dashboard* kinerja keuangan dan mengadakan rapat rutin untuk memonitor biaya operasional yang dikeluarkan tetap dalam batas sehat.

12. SASARAN STRATEGIS : MENINGKATNYA KOORDINASI PELAKSANAAN TUGAS, PEMBINAAN DAN PEMBERIAN DUKUNGAN MANAJEMEN KEMENTERIAN KESEHATAN

IKU-29. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

▪ **Definisi Operasional**

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

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti}}{\text{Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan upaya yang dilakukan :**

- 1) Optimalisasi peran dan fungsi SPI dengan melakukan koordinasi antara unit/bagian terkait dengan agenda percepatan tindaklanjut atas temuan LHP BPK
- 2) Mendorong unit/bagian terkait dalam penyelesaian tindaklanjut atas temuan LHP BPK dalam rentang waktu 30 hari setelah LHP BPK diberikan
- 3) Menyampaikan progres dan hasil tindaklanjut atas temuan LHP BPK kepada Dirjen Yankes

▪ **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-29*. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	93%	100%	107.52%	95%	100%	105,26%

IKU-29 merupakan IKU Direktif baru pada PK tahun 2023 dan 2024. Berdasarkan rekomendasi hasil pemeriksaan BPK dalam LHP BPK kepada Dirjen Yankes untuk RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada tahun 2024, belum terdapat rekomendasi yang perlu untuk ditindaklanjuti dan dilaporkan progresnya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-29*. Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	-	-	-	-	-	-	93%	100%	95%	100%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 105% melampaui jauh dari target realisasi yang ditentukan.

- **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Belum terdapat rekomendasi yang perlu untuk ditindaklanjuti dan dilaporkan progresnya.

- **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Secara kontinu melakukan upaya optimalisasi peran dan fungsi SPI dengan melakukan koordinasi antara unit/bagian terkait untuk agenda percepatan tindaklanjut atas temuan LHP BPK.

13. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA PENINGKATAN KINERJA KEUANGAN

IKU-30. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni

- **Definisi Operasional**

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni.

- **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari rupiah murni}} \times 100\%$$

- **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Penyusunan rencana penarikan dana (RPD) untuk memaksimalkan ketersediaan dana
- 2) Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi Realisasi Anggaran berdasarkan sumber dana secara berkala
- 3) Optimalisasi pelaksanaan sistem perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja melalui modul Sistem Kendali Anggaran (SKA)

- **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-30. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni* Tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%	94.57%	97.49%	96%	95,36%	99,33%

Realisasi belanja anggaran bersumber RM RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sampai dengan 31 Desember 2024 terealisasi sebesar Rp. 72.509.044.860,- (95,36%) dari total pagu Rp. 76.036.541.000,-. Angka capaian *IKU-30* belum memenuhi target yang ditetapkan namun telah mengalami kenaikan 0,79% dari tahun sebelumnya.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-30*. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	-	-	-	-	-	-	97%	94.57%	96%	95,36%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi sebesar 99,33%. Angka capaian *IKU-30* belum memenuhi target yang ditetapkan namun telah mengalami kenaikan 0,79% dari tahun sebelumnya.

▪ **Analisa ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Beberapa proses pengadaan belum dapat diselesaikan

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mengimplementasikan prosedur pengadaan barang dan jasa secara tepat

IKU-31. Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU

- **Definisi Operasional**

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

- **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}{\text{Total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}} \times 100\%$$

- **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Penyusunan Rencana Penarikan Dana (RPD) untuk memaksimalkan ketersediaan dana
- 2) Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi Realisasi Anggaran berdasarkan sumber dana secara berkala
- 3) Optimalisasi pelaksanaan sistem perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja melalui modul Sistem Kendali Anggaran (SKA)

- **Pencapaian Kinerja**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-31*. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU Tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 2024		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	-	-	-	90%	97,95%	108,83%

Realisasi belanja anggaran bersumber BLU RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sampai dengan 31 Desember 2024 terealisasi sebesar Rp. 70.509.555.509,- (97,95%) dari total pagu Rp. 71.980.681.000,-. Angka capaian *IKU-31* telah memenuhi target yang ditetapkan.

- **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-31*. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	-	-	-	-	-	-	-	-	90%	97,95%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah tercapai 97.95% melampaui jauh dari target realisasi yang ditentukan.

▪ **Analisa keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Memaksimalkan ketersediaan dana dengan penyusunan rencana penarikan dana (RPD) yang tepat berbasis kebutuhan
- 2) Memperkuat pemantauan Laporan Monitoring dan Evaluasi Realisasi Anggaran secara berkala
- 3) Mengoptimalkan pemanfaatan Sistem Kendali Anggaran (SKA)
- 4) Melakukan revisi anggaran sesuai kebutuhan rumah sakit guna meningkatkan realisasi

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Mengimplementasikan prosedur pengadaan barang dan jasa secara tepat

IKU-32. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

▪ **Definisi Operasional**

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

▪ **Cara Perhitungan**

Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Mengoptimalkan pendapatan dari pasien umum dengan menambah kapasitas layanan yaitu memaksimalkan kerjasama dengan

instansi/KL untuk menambah jumlah pasien MCU, optimalisasi layanan poli eksekutif, penguatan layanan unggulan (Cathlab, Radioterapi dan HBOT)

- 2) Melengkapi berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya yang dibutuhkan agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit
- 3) Menambah layanan spesialistik dan layanan baru lainnya untuk menaikkan angka pertumbuhan pendapatan
- 4) Promosi Layanan secara masif dan meningkatkan *Branding* RS

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-32*. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	-	-	-	> 90%	119,70%	133%

IKU-31 merupakan *IKU* Direktif baru pada PK tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembanding pada periode sebelumnya Capaian Target Pendapatan BLU RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon pada tahun 2024 telah terealisasi sebesar Rp. 85.959.237.077,- (119,70%) dibandingkan dengan jumlah target pendapatan sebesar Rp. 71.811.421.000,-. Angka capaian *IKU-30* telah memenuhi target yang ditetapkan.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-30*. Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	-	-	-	-	-	-	-	-	> 90%	119,70%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi sebesar 108,83%. Angka capaian *IKU-30* belum memenuhi target yang ditetapkan namun telah mengalami kenaikan 0,79% dari tahun sebelumnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Mengoptimalkan pendapatan dari pasien umum dengan menambah kapasitas layanan yaitu memaksimalkan kerjasama dengan instansi/KL untuk menambah jumlah pasien MCU, penambahan layanan poli eksekutif, penguatan layanan unggulan (Cathlab, Radioterapi dan HBOT) dan layanan Prioritas KJSU-KIA.
- 2) Meningkatkan kualitas dan *maturity* klaim BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya sebagai pendapatan Rumah Sakit.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Mengoptimalkan pendapatan dari pasien umum dengan menambah kapasitas layanan yaitu memaksimalkan kerjasama dengan instansi/KL untuk menambah jumlah pasien MCU, *Launching* layanan poli eksekutif, penguatan layanan unggulan (Cathlab, Radioterapi dan HBOT) dan layanan Prioritas KJSU-KIA.
- 2) Melengkapi berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya yang dibutuhkan agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit.

IKU-33. Persentase Nilai EBITDA Margin

▪ **Definisi Operasional**

Usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan pendapatan rumah sakit.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Meningkatkan pendapatan rumah sakit melalui optimalisasi tarif dan layanan, meningkatkan jumlah pasien dan optimalisasi pendapatan dari BPJS dan asuransi lainnya.
- 2) Mengurangi beban operasional rumah sakit dengan cara melakukan efisiensi biaya operasional, pengelolaan obat dan alat kesehatan, serta optimalisasi penggunaan fasilitas dan infrastruktur

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-33*. Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase nilai EBITDA margin	-	-	-	10%	-53,26%	-5,33%

IKU-33 merupakan IKU Direktif baru pada PK tahun 2024 sehingga tidak memiliki angka pembanding pada periode sebelumnya. Angka capaian belum memenuhi target yang ditetapkan oleh Ditjen Yankes dengan nilai EBITDA margin sebesar -53,26%.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-33*. Persentase Nilai EBITDA Margin tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	-	-	-	-	-	-	-	-	10%	-53,26%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB belum terealisasi. Target yang ditentukan adalah 10% dan capaiannya -53,26%. Hal ini disebabkan karena tingginya beban operasional yang lebih besar dibandingkan dengan pendapatan rumah sakit.

▪ **Analisa ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Beban operasional tinggi → Biaya tenaga medis, obat, alat kesehatan, dan administrasi tinggi.
- 2) Inefisiensi operasional → Proses pendaftaran, pelayanan, atau penggunaan sumber daya tidak optimal.
- 3) Banyak piutang tak tertagih → Klaim asuransi/BPJS lama cair atau gagal tertagih.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Monitoring dan evaluasi KPI EBITDA margin secara berkala
- 2) Meningkatkan utilisasi tempat tidur (*Bed Occupancy Rate*)
- 3) Melakukan efisiensi belanja operasional
- 4) Review keuangan dan operasional secara rutin

14. SASARAN STRATEGIS : TERWUJUDNYA FLEKSIBILITAS PENGELOLAAN KEUANGAN

IKU-34. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

▪ **Definisi Operasional**

Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan operasional, tidak termasuk pendapatan APBN. Pendapatan operasional terdiri dari biaya jasa keseluruhan pelayanan pasien dan pendapatan lain-lainnya. Tingkat pertumbuhannya diukur dengan pertambahan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan pendapatan tahun lalu.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Pertambahan pendapatan tahun T}}{\text{Pendapatan tahun T-1}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Mengoptimalkan pendapatan dari pasien umum dengan menambah kapasitas layanan yaitu memaksimalkan kerjasama dengan instansi/KL untuk menambah jumlah pasien MCU, *Launching* layanan poli eksekutif, penguatan layanan unggulan (Cathlab, Radioterapi dan HBOT)

- 2) Melengkapi berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya yang dibutuhkan agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit
- 3) Penerapan tarif baru yang dihitung berdasarkan unit cost

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-34*. Tingkat pertumbuhan pendapatan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	18%	51,02%	283,44%	20%	41,71%	208,55%

Pada tahun 2024 capaian tingkat pertumbuhan pendapatan adalah sebesar 41,71% atau terealisasi 208,55% dari target yang telah ditetapkan. Capaian tahun 2024 apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2023 mengalami penurunan namun masih melampaui target yang ditetapkan.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-34*. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	-	3%	707.71%	3%	139.45%	18%	51.02%	20%	41,71%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi sebesar 208,55%. Namun dari tabel perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun-tahun sebelumnya, terlihat *trend* capaian tingkat pertumbuhan yang relatif menurun. Penurunan pertumbuhan disebabkan angka capaian pada tahun sebelumnya yang cukup ekstrem karena selisih pertambahan

pendapatan yang jauh. Namun dari sisi realisasi pendapatan pada tahun 2024 yaitu sebesar Rp 85.959.237.000,- merupakan pendapatan tertinggi sejak RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mulai beroperasi pada tahun 2020 dan telah melampaui target pendapatan yang ditetapkan dengan realisasi sebesar 119,58%.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Meningkatkan pendapatan dengan membuka beberapa layanan baru seperti Poli BTKV dan Poli Obgyn Onkologi.
- 2) Mengoptimalkan layanan unggulan seperti Cathlab yang merupakan unit dengan kontribusi pendapatan terbesar.
- 3) Melengkapi berkas persyaratan klaim BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya yang dibutuhkan agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit.
- 4) Menambah jenis asuransi yang bekerjasama dengan rumah sakit
- 5) Penerapan tarif baru yang dihitung berdasarkan unit cost.

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Menambah jenis layanan agar dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit
- 2) Melakukan pemeliharaan rutin untuk memaksimalkan penggunaan kamar rawat inap dan fasilitas lainnya
- 3) Menambah pendapatan melalui jasa non layanan, seperti rumah duka, kantin, sewa lahan, dan kegiatan diklat.
- 4) Memaksimalkan upaya promosi rumah sakit khususnya layanan unggulan
- 5) Mengoptimalkan pendapatan dari pasien non JKN seperti dengan membuka poli eksekutif, memaksimalkan layanan MCU, dan penguatan layanan unggulan

IKU-35. Persentase Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)

▪ **Definisi Operasional**

Perhitungan *cost reduction* dilakukan dengan mendasarkan pada besarnya penghematan penggunaan bahan habis pakai dan obat di semua unit pelayanan (medik dan penunjang), dibandingkan dengan total pengeluaran bahan habis pakai dan obat tahun lalu, dinormalisasi dengan

jumlah kegiatan.

▪ **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Berjalan/Jumlah Tindakan}}{\text{Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Lalu/Jumlah Tindakan}} \times 100\%$$

▪ **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**

- 1) Membuat kebijakan persepsan sesuai retriaksi Fornas
- 2) Membuat SOP *Automatic Stop Order*

▪ **Pencapaian Kinerja :**

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-35*. % Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat) tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
% Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%	55,81%	1116,20%	5%	43,82%	876,4%

Hasil pencapaian Indikator persentase *cost reduction* tahun 2024 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 43,82% sudah memenuhi target yang telah ditentukan. Hal ini menunjukkan tingkat efisiensi penggunaan bahan habis pakai dan obat di RSUP Dr. Johannes Leimena yang semakin membaik.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-34*. Persentase Cost Reduction tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
% Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	2%	-	5%	3%	5%	53.37%	5%	55.81%	5%	43,82%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi sebesar 876,4%. Namun dari

tabel perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun-tahun sebelumnya, terlihat *trend* capaian persentase cost reduction yang relatif naik turun.

- **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**
 - 1) Membuat kebijakan persepan sesuai retriksi Fornas
 - 2) Membuat SOP *Automatic Stop Order*
- **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

Membuat kebijakan persepan sesuai retriksi Fornas

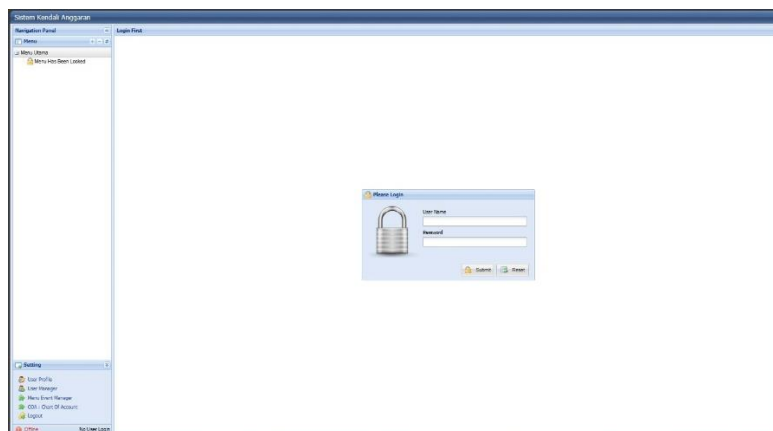
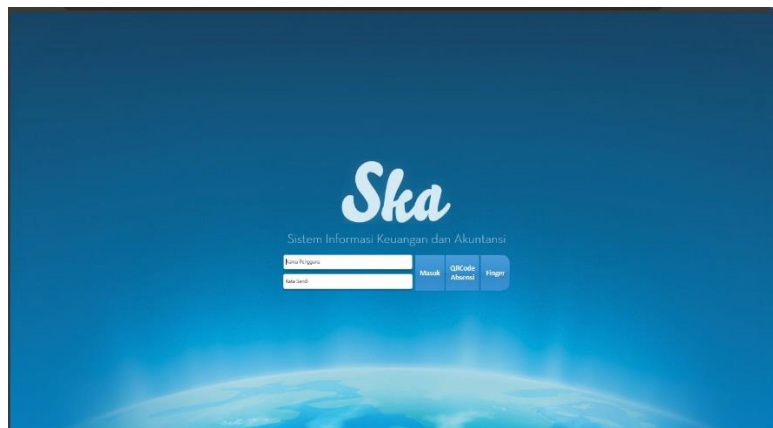
IKU-36. Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan

- **Definisi Operasional**

Persentase pembiayaan sesuai kebutuhan adalah pembiayaan kebutuhan yang sesuai dengan perencanaan yang terdapat di dalam DIPA.
- **Cara Perhitungan**
$$\frac{\text{Jumlah Pembiayaan yan sesuai kebutuhan}}{\text{Jumlah seluruh pembiayaan}} \times 100\%$$
- **Rencana Aksi dan Upaya yang Dilakukan**
 - 1) Penyusunan rencana penarikan dana (RPD) untuk memaksimalkan ketersediaan dana
 - 2) Penyusunan Laporan Monitoring dan Evaluasi Realisasi Anggaran secara berkala
 - 3) Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja melalui penambahan modul Sistem Kendali Anggaran (SKA)

Gambar

Aplikasi Sistem Kendali Anggaran (SKA)
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon



■ Pencapaian Kinerja :

Perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-36*. Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan tahun 2024 dengan target tahun lalu adalah sebagai berikut :

IKU	Tahun 2023			Tahun 20234		
	Target	Realisasi	%	Target	Realisasi	%
Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	75%	93,84%	125,12%	89%	96,58%	108,51%

Untuk pembiayaan yang sesuai kebutuhan pada tahun 2024 telah tercapai 96,58% dengan total penyerapan anggaran sebesar Rp. 142.960.798.254,- dari total jumlah Pagu tahun 2024 sebesar Rp. 148.017.222.000,-. Angka capaian telah memenuhi target yang telah ditetapkan dengan realisasi sebesar 108,51% dan peningkatan serapan anggaran sebesar 2,74% dari tahun 2023.

▪ **Perbandingan Realisasi Kinerja**

Berikut perbandingan antara target dan realisasi kinerja *IKU-36*. Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan tahun 2024 dengan target jangka menengah adalah sebagai berikut :

IKU	2020		2021		2022		2023		2024	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Persentase Pembiayaan yang sesuai Kebutuhan	50%	44%	60%	63.86%	70%	85.29%	75%	93.84%	80%	96,58%

Untuk realisasi kinerja tahun 2024 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah RSB telah terealisasi sebesar 108,51%. Dari tabel perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun-tahun sebelumnya, terlihat *trend* capaian yang signifikan naik setiap tahunnya.

▪ **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- 1) Proaktif memonitoring realisasi anggaran
- 2) Melakukan revisi anggaran sesuai kebutuhan rumah sakit guna meningkatkan realisasi

▪ **Upaya Tindak Lanjut / Rekomendasi Perbaikan**

- 1) Melakukan perencanaan dan penganggaran yang tepat berbasis kinerja (*money follow program*)
- 2) Mengimplementasikan prosedur pengadaan barang dan jasa secara tepat.

B. Realisasi Anggaran

Kinerja berdasarkan aspek keuangan terdiri dari realisasi pendapatan dan belanja dibandingkan alokasi anggaran pada Daftar Isian pelaksanaan Anggaran (DIPA) tahun 2024 yang terdiri DIPA APBN (Rupiah Murni) dan Non APBN (PNBP dan BLU) yang digambarkan pada tabel dibawah ini :

Tabel 8. Realisasi Anggaran RSUP Dr. Johannes Leimena
Periode Periode Tahun 2024

NO	URAIAN	DIPA	REALISASI	%
1	Rupiah Murni			
	- Belanja Pegawai	53.647.945.000	52.090.233.602	97.10%
	- Belanja Barang	22.388.596.000	20.418.811.258	91.20%
2	PNBP			
	- Belanja Barang	26.255.917.000	26.255.885.373	100%
3	BLU			
	- Belanja Barang	45.340.793.000	44.069.329.096	97.20%
	- Belanja Modal	383.971.000	184.341.040	48.01%
	Jumlah	148.017.222.000	143.018.600.369	96.62%

Sumber Data : Tim Kerja PPAE

Dari Tabel 8 dapat diinformasikan alokasi anggaran dan realisasi sebagai berikut :

- Untuk alokasi pagu anggaran bersumber Rupiah Murni (RM) dari total sebesar Rp 76.036.541.000,- dapat direalisasikan sebesar Rp 72.509.044.860,- atau 95%.
- Untuk alokasi pagu anggaran bersumber PNBP telah terealisasi 100% pada TW II, karena RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon telah beralih status dari Satker PNBP menjadi Satker BLU.
- Untuk alokasi pagu anggaran bersumber BLU dari total sebesar Rp 45.724.764.000,- dapat direalisasikan sebesar Rp 44.253.670.136,- atau 97%.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari laporan kinerja ini adalah :

- 1) Pencapaian IKI Direktur Utama secara keseluruhan mencapai 86,20%, mengalami penurunan sebesar 8,85% dari tahun 2023 dengan nilai capaian 95,05%. Hal ini dikarenakan terdapat penambahan 20 KPI direktif dari Ditjen Yankes yang dimasukkan di Perjanjian Kinerja tahun 2024 dan 3 IKU Direktif dari Sekjen Kemenkes.
- 2) Realisasi anggaran belanja tahun 2024 adalah sebesar Rp. 142.883.639.704,- (96,60%) dari total jumlah Pagu sebesar Rp. 147.917.962.000,- dengan peningkatan serapan anggaran sebesar 2.76% dari tahun 2023.
- 3) Dari total 36 IKU yang diukur pada tahun 2024 terdapat 21 IKU yang tercapai sesuai target, 15 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 2024****KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR JOHANNES LEIMENA AMBON****PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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 Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena
Ambon

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

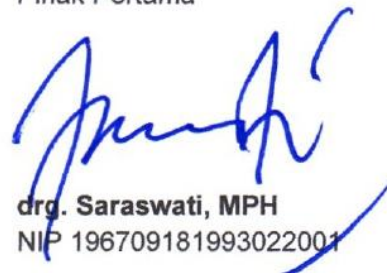
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Pihak Kedua,

Jakarta, 31 Januari 2024
Pihak Pertama



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



drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON

No.	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1.	Terwujudnya Optimalisasi Pemanfaatan dan Keandalan Aset untuk Inovasi Layanan	1.	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%
		2.	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah Dikalibrasi Sesuai Standar	90%
		3.	OEE Alat Medik Utama	65%
2.	Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit	4.	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5 %
		5.	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit	2 Laporan
		6.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%
3.	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	7.	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit	60%
		8.	Persentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal	100%
		9.	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%
		10.	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	> 75%
		11.	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	82%

		12.	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan	80%
		13.	Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	75%
		14.	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik	3 Layanan
		15.	Pertumbuhan MCU	4%
		16.	Persentase Modul SIM RS yang Terintegrasi	90%
		17.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%
4.	Terwujudnya SDM yang Kompeten dan Kompetitif	18.	Persentase Staf dengan Kompetensi Standar	5%
		19.	Persentase Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi	65%
5.	Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal	20.	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan
		21.	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%
		22.	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%
		23.	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%
6.	Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif	24.	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%
		25.	Indeks Kepuasan Staf	87%
7.	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	26.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
8.	Terwujudnya Peningkatan Kinerja Keuangan	27.	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%
		28.	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%

		29.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	> 90%
		30.	Persentase nilai EBITDA Margin	10%
		31.	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	20%
9.	Terwujudnya Fleksibilitas Pengelolaan Keuangan	32.	Persentase Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%
		33.	Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	89%

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Program Dukungan Manajemen

Anggaran

Rp 55,653,905,000.00
Rp 45,460,863,000.00

Jakarta, 31 Januari 2024

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 Customer/Pelanggan

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal						
1	Indeks Kepuasan Staf	87%	80.10%	92.07%	6	5.52
2	Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien	80%	89.75%	112.19%	2	2.00
Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit						
3	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN	10%	0.00%	N/A	1	0.00%
Total Skor					9	7.52
% Capaian Perspektif Customer					83.60%	

Perspektif Internal Business Process

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit						
1	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	2.50%	3.93%	63.61%	2	1.27
2	Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit	2	1	50.00%	2	1
Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit Prioritas di Rumah Sakit						
3	Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit	60%	100%	167%	2	2
4	Presentase Layanan RME Terintegrasi Pada Seluruh Layanan Yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal.	100%	100%	N/A	2	2
5	% Indikator Nasional Mutu (INM) yang Mencapai Target	100%	76.92%	76.92%	2	1.54
6	Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan	75%	75.06%	100.08%	2	2
7	Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	82%	82.04%	100%	5	5

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
8	Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan	80%	100%	125%	6	6
9	Persentase Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	75%	98.25%	131%	5	5.00
10	Jumlah Unit Layanan Unggulan yang Berkinerja Baik	3	2	67%	5	3.33
11	Pertumbuhan MCU	4%	0.00%	0%	4	0.00
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal						
12	Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan	100%	100%	100%	2	2
13	Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis	80%	100%	125%	2	2
Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif						
14	Implementasi Mutasi Pegawai Antar Unit Kerja Sesuai Ketentuan	10%	7.03%	70.30%	1	0.70
15	Implementasi Pemberian Reward dan Punishment Pegawai di Lingkungan Unit Kerja Sesuai Ketentuan	1	0.52%	0.52%	1	0.01
Total Skor					43	33.85
% Capaian Perspektif Internal Business Process					78.73%	

Perspektif Learning and Growth

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Optimalisasi Pemanfaatan dan Keandalan Aset untuk Inovasi Layanan						
1	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar	90%	78.88%	87.64%	1	0.88
2	Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang Telah dikalibrasi Sesuai Standar	90%	85.71%	95.23%	1	0.95
3	OEE Alat Medik Utama	65%	169.00%	260.00%	4	4.00
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan						
4	Persentase Modul SIM RS yang Terintegrasi	90%	94.44%	104.93%	5	5.00

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
5	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	100%	63.14%	63.14%	5	3.16
Terwujudnya SDM yang Kompeten dan Kompetitif						
6	Persentase Staf dengan Kompetensi Standar	5%	100.00%	2000.00%	4	4.00
7	Persentase Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi	65%	71.18%	109.51%	4	4.00
8	Pegawai yang Mendapatkan Pengembangan Kompetensi di Lingkungan Unit Kerja	80%	100.00%	125.00%	2	2.00
Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal						
9	RS Mempunyai Layanan Unggulan yang Dikembangkan Melalui Kerja Sama Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100.00%	1	1
Total Skor					27	24.99
% Capaian Perspektif Learning and Growth					92.54%	

Perspektif Financial

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Sistem Manajemen yang Profesional, Kreatif dan Inovatif						
1	Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang Baik	100%	75.00%	75.00%	1	0.75
Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan						
2	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas di Tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	100%	105.26%	1	1.00
Terwujudnya Peningkatan Kinerja Keuangan						
3	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	96%	95.36%	99.33%	1	0.99
4	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	90%	97.95%	108.83%	1	1.09
5	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	90%	119.70%	133.00%	1	1.00

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% X B
6	Persentase nilai EBITDA Margin	10%	-57.00%	-570%	1	0.00
Terwujudnya Fleksibilitas Pengelolaan Keuangan						
7	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	20%	41.71%	208.55%	5	5.00
8	Persentase Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%	43.82%	876.40%	5	5.00
9	Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	89%	96.62%	108.56%	5	5.00
Total Skor					21	19.83
% Capaian Perspektif Financial					94.44%	

Total Perspektif

NO	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	CAPAIAN
1	Aspek Customer	9	7.52
2	Aspek Internal Business Process	43	33.85
3	Aspek Learning and Growth	27	24.99
4	Aspek Financial	21	19.83
TOTAL		100	86.20

LAMPIRAN III
RINCIAN REALISASI ANGGARAN

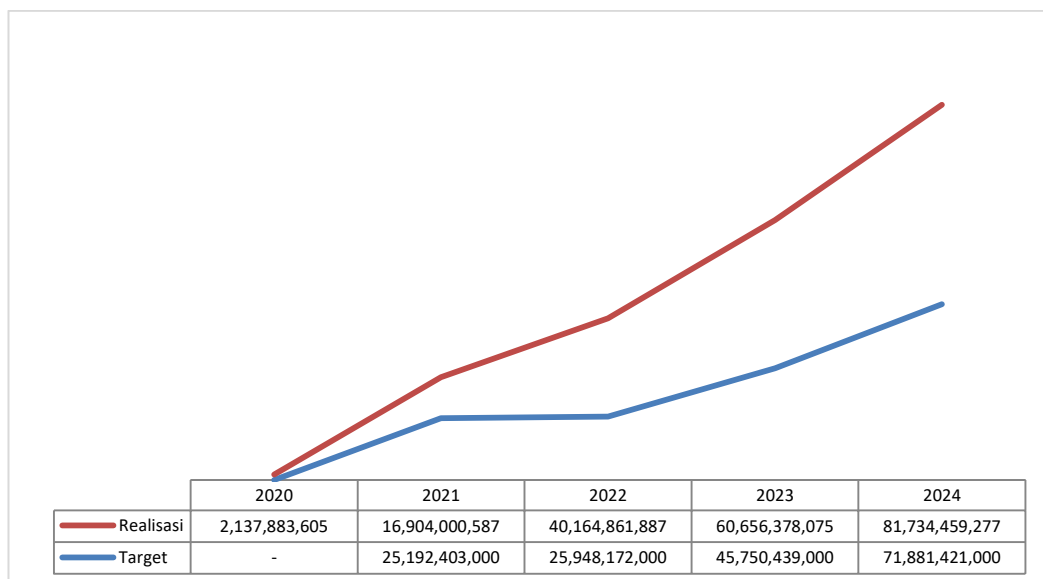
Realisasi Belanja Bersumber dari Rupiah Murni (RM) Tahun 2024

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	76,135,801,000	72,509,044,860	95%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	3,487,856,000	2,511,242,238	72%
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	2,370,232,000	2,368,764,778	100%
6388.CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	2,370,232,000	2,368,764,778	100%
51	Pengadaan Obat-Obatan dan BMHP Pelayanan Reguler - RM	2,370,232,000	2,368,764,778	100%
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	150,000,000	142,477,460	95%
6388.CCB.002	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU	150,000,000	142,477,460	95%
52	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU - RM	150,000,000	142,477,460	95%
6388.RBV	Prasarana Bidang Kesehatan[Base Line	967,624,000	0	0%
6388.RBV.006	Renovasi Gedung Layanan Rumah Saki	967,624,000	0	0%
51	Renovasi Gedung Layanan Rumah Sakit UPT	967,624,000	0	0%
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	72,647,945,000	69,997,802,622	96%
4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	72,647,945,000	69,997,802,622	96%
4813.EBA.994	Layanan Perkantoran	72,647,945,000	69,997,802,622	96%
51	Gaji dan Tunjangan	53,647,945,000	52,090,233,602	97%
52	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	19,000,000,000	17,907,569,020	94%

Realisasi Belanja Bersumber dari PNBP Tahun 2024

KODE MAK	DESKRIPSI	PAGU	REALISASI	%
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	26,255,917,000	26,255,885,373	100%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	26,255,917,000	26,255,885,373	100%
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	9,700,975,000	9,700,970,214	100%
6388.CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	9,700,975,000	9,700,970,214	100%
53	Pengadaan Obat-Obatan dan BMHP Pelayanan Reguler - PNBP	9,700,975,000	9,700,970,214	100%
6388.CAN	Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	63,899,000	63,898,232	100%
6388.CAN.002	Software / Antivirus UPT Vertikal	63,899,000	63,898,232	100%
53	Pengadaan Software / Antivirus UPT Vertikal - PNBP	63,899,000	63,898,232	100%
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	10,076,301,000	10,076,276,951	100%
6388.CCB.002	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU	10,076,301,000	10,076,276,951	100%
51	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU - PNBP	10,076,301,000	10,076,276,951	100%
6388.CCL	OM Sarana Bidang Teknologi Informasi dan Komunikasi	2,215,000	2,215,000	100%
6388.CCL.001	Layanan Pemeliharaan Jaringan dan Komputer	2,215,000	2,215,000	100%
52	Pemeliharaan Jaringan dan Komputer - PNBP	2,215,000	2,215,000	100%
6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	6,412,527,000	6,412,524,976	100%
6388.EBA.962	Layanan Umum	6,412,527,000	6,412,524,976	100%
53	Layanan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi UPT Vertikal - PNBP	6,412,527,000	6,412,524,976	100%

REALISASI PENDAPATAN TAHUN 2020 – 2024



REALISASI BELANJA TAHUN 2020 – 2024

