



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

SEMESTER I TA 2026

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI
TAHUN 2026

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA SEMESTER I TAHUN 2026

RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI

DIREKSI

Bukittinggi, 30 Juli 2026

Plh. Direktur Utama RS Otak M Hatta Bukittinggi,

**dr. Sofni Sarmen, Sp.A, M.Biomed**

NIP 197501092005012004

Direktur Pelayanan Medik,
Keperawatan dan Penunjang,**dr. Sofni Sarmen, Sp.A, M.Biomed**

NIP 197501092005012004

Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan
Penelitian,**Zaineti, SKM, MM**

NIP 196608231986022001

Direktur Perencanaan, Keuangan
dan Layanan Operasional,**Hilda Roza, SE, Ak, M. Si**

NIP 197908172006042002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP/LKJiP) Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 ini dapat disusun dan diselesaikan tepat waktu.

Penyusunan laporan ini merupakan bentuk nyata pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, yang mewajibkan setiap instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan pencapaian visi, misi, dan tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Laporan ini memuat uraian pencapaian sasaran strategis, indikator kinerja utama, realisasi program dan kegiatan, serta analisis pencapaian kinerja dan faktor-faktor yang memengaruhinya selama Semester I Tahun 2026. Selain itu, laporan ini juga mencakup revidi atas efektivitas pengelolaan kinerja dan langkah tindak lanjut atas hasil evaluasi.

Laporan Akuntabilitas Kinerja disusun sebagai sarana pengendalian dan penilaian kinerja dalam rangka perwujudan penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan bersih (*good governance and good goverment*) serta sebagai umpan balik dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pada tahun berikutnya. Sebagai salah satu Satuan Kerja Vertikal di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Akuntabilitas Kinerja untuk Tahun Anggaran 2026.

Laporan ini disusun berdasarkan rangkaian program dan kegiatan yang melibatkan seluruh pihak Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kami menyampaikan terima kasih dan apresiasi kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam pelaksanaan program dan penyusunan laporan ini. Kami juga menyampaikan permohonan maaf apabila dalam penyusunan laporan ini masih terdapat kekurangan, kami sangat terbuka terhadap segala bentuk masukan dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan dan peningkatan kualitas laporan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini menjadi alat evaluasi yang konstruktif untuk peningkatan kinerja ke depan.

Bukittinggi, 30 Juli 2026

Plh. Direktur Utama RS,Otak M Hatta Bukittinggi



dr. Sofni Sarmen. Sp.A. M.Biomed
NIP 197501092005012004

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP/LKJiP) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi merupakan laporan pertanggungjawaban secara tertulis tentang pencapaian pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit dalam program pelayanan kesehatan. Laporan ini juga menjadi pertanggungjawaban sumber daya yang dipercayakan kepada Rumah Sakit Otak DR.Drs. M. Hatta Bukittinggi yang selanjutnya disebut RSOMH, yang meliputi sumber daya manusia, sumber daya keuangan, sarana dan prasarana, serta sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Rumah Sakit.

Tahun Anggaran 2026 merupakan tahun ke-2 pengukuran pencapaian kinerja dalam mewujudkan visi Rumah Sakit sebagaimana tercantum didalam Rencana Strategis Bisnis RSOMH Bukittinggi tahun 2025-2029, yakni "Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggul di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan". Berdasarkan hal tersebut RSOMH telah menetapkan 10 (sepuluh) sasaran strategis dengan 18 (delapan belas) indikator kinerja, yang terdiri dari 9 (sembilan) sasaran strategis dengan 13 (tiga belas) Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSOMH 2025-2029 dan 1 (satu) sasaran strategis dengan 5 (lima) indikator kinerja yang berasal dari indikator direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, sebagaimana tertuang pada Perjanjian Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2026.

Hasil dari pelaksanaan pengukuran pencapaian dari 18 (delapan belas) indikator yang ada pada Perjanjian Kinerja, sebanyak 11 (sebelas) indikator sudah tercapai bahkan ada yang melebihi target dan 7 (tujuh) indikator kinerja yang belum mencapai target, yaitu Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target, Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian, Training Effectiveness Index (TEI), Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta, Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta, dan Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta.

Dalam mewujudkan capaian kinerja, RSOMH Bukittinggi didukung dengan 615 orang SDM. RSOMH telah menetapkan Pagu Alokasi awal sebesar Rp 202,914.366.000,- terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 50.083.680.000,- dan anggaran BLU sebesar Rp 152.830.686.000,-. Pada revisi ke-1 ada pengurangan pagu Rupiah Murni (Revisi Direktif Presiden) sebesar Rp. 34.776.000,- menjadi pagu RM Rp. 50.048.904.000,- dari total pagu anggaran tersebut, terdapat anggaran yang diblokir yaitu dari anggaran RM sebesar Rp 2.400.000.000,- dan dari Anggaran BLU Sebesar Rp 33.418.404.000,- sehingga total anggaran yang di blokir sebesar Rp 35.818.628.000,- atau sebesar 17.65% dari pagu awal. Pada Revisi ke-8 dilakukan pembukaan blokir anggaran sebesar Rp.18.053.387.000,-. Dengan demikian, sampai dengan Semester I Tahun 2026, total anggaran yang masih diblokir sebesar Rp.15.365.241.000,-. Berdasarkan kondisi tersebut, pagu efektif yang dapat digunakan sampai dengan Semester I Tahun 2026 adalah sebesar Rp187.514.349.000,-.

Sampai Juni 2026, realisasi anggaran telah mencapai Rp 85.698.118.818,- atau sebesar 42,24% dari pagu awal. Apabila dibandingkan dengan pagu efektif, realisasi tersebut telah mencapai 45,70%, sedangkan realisasi pendapatan sampai dari semester I 2026 adalah sebesar Rp 72.805.904.990,- atau mencapai 46% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp156.917.000.000,-.

Dalam merealisasikan capaian kinerja RSOMH Bukittinggi telah melakukan upaya pada semester 1 2026 antara lain:

1. Melakukan cascading dan kontrak kinerja mulai dari Direktur Utama sampai ke masing-masing Direktorat sehingga masing-masing unit kerja berkomitmen untuk melaksanakan target kinerja yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit
2. Optimalisasi layanan dengan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan
3. Meningkatkan strategi promosi/ marketing layanan secara aktif baik melalui media sosial maupun onsite
4. Meningkatkan kerja sama dengan penjamin pembiayaan non BPJS
5. Meningkatkan kerja sama dengan Instansi-instansi pendidikan dalam rangka penelitian
6. Meningkatkan volume layanan non JKN melalui MCU, SCU dan Poli Eksekutif
7. Optimalisasi layanan neuro intervensi dan cardiointervensi
8. Meningkatkan volume layanan bedah saraf dan bedah dan bedah subspesialis lainnya
9. Optimalisasi digitalisasi sistem
10. Melakukan efisiensi biaya, pengendalian belanja SDM dan pengendalian obat BMHP dan non BMHP
11. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap peningkatan mutu dan pengelolaan risiko
12. Melakukan monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap tahapan kegiatan yang sesuai dengan program kerja yang telah disusun

Pada tahun 2026, penghargaan dan/atau sertifikasi yang didapat oleh RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi antara lain: Penghargaan atas Integrasi Sistem Antrian Online, Integrasi Sistem Klaim, dan Implementasi E-SEP (Finger Print & Frista) dari Direktur Teknologi Informasi BPJS Kesehatan, Penghargaan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Terbaik Se-Kota Bukittinggi dari Kepala BPJS Kesehatan Cabang Bukittinggi, Penghargaan Kontribusi Konten Website Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, dan Penghargaan Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Peningkatan Pendapatan 20% Year-on-year dari Menteri Kesehatan.

DAFTAR ISI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR DIAGRAM	ix
Bab I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud dan Tujuan	3
C. Gambaran Umum Organisasi	3
1. Tugas Pokok dan Fungsi	3
2. Struktur Organisasi	4
3. Aspek strategis Organisasi	6
D. Sistematika Penulisan	8
Bab II PERENCANAAN KINERJA.....	9
A. Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2025	9
1. Visi, Misi dan Tujuan	9
2. Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja utama	10
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025	12
Bab III AKUNTABILITAS KINERJA.....	14
A. Capaian Kinerja Organisasi	14
1. Pengukuran Kinerja Tahun 2025 (Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025)	14
2. Perbandingan antara Realisasi dan Capaian Kinerja Semester I tahun 2025 dengan tahun-tahun sebelumnya	17
3. Perbandingan antara Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah sesuai Dokumen Rencana Strategis.....	20
4. Perbandingan Realisasi Kinerja di Level Nasional (Benchmarking Kinerja)	22
5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan	24
6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	67
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan/kegagalan kinerja	68
B. Realisasi Anggaran	70
1. Realisasi Pendapatan.....	70
2. Realisasi Belanja.....	73
3. Neraca Barang Milik Negara	75
BAB IV PENUTUP	76

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Data Pegawai berdasarkan Direktorat Per Juni Tahun 2026	5
Tabel 2 Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan Per Juni Tahun 2026	5
Tabel 3 Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi	10
Tabel 4 Matriks Perencanaan Target Kinerja Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 – 2029	11
Tabel 5 Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2026	12
Tabel 6 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Utama (berdasarkan RSB) Semester I Tahun 2026	15
Tabel 7 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Direktif Semester I Tahun 2026	16
Tabel 8 Perbandingan Capaian Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi Semester I Tahun 2025 – 2026 ...	17
Tabel 9 Perbandingan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2026 dengan Target Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2025 – 2029	20
Tabel 10 Perbandingan Capaian Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2026 (Januari s.d. Juni)	22
Tabel 11 Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan Semester I Tahun 2026	25
Tabel 12 Realisasi CSAT Semester I Tahun 2026	26
Tabel 13 Data Perhitungan Capaian % Pencapaian Lokus yang Diampu Semester I Tahun 2026	29
Tabel 14 Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Semester I Tahun 2026	29
Tabel 15 Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan Semester I Tahun 2026	31
Tabel 16 Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2026	31
Tabel 17 Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan Semester I Tahun 2026	34
Tabel 18 Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I Tahun 2026	34
Tabel 19 Rincian Skor Self Assessment Maturity Rating TA 2024	38
Tabel 20 Realisasi Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025	38
Tabel 21 Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan Semester I Tahun 2026	40
Tabel 22 Realisasi BOR Semester I Tahun 2026	40
Tabel 23 Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan Semester I Tahun 2026	43
Tabel 24 Data Perhitungan Capaian VAP per Bulan Semester I Tahun 2026	44
Tabel 25 Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan Semester I Tahun 2026	44
Tabel 26 Data Perhitungan Capaian SSI per Bulan Semester I Tahun 2026	45
Tabel 27 Perbandingan Baseline TW I dengan Realiasi Semester I TA 2026	46
Tabel 28 Realisasi HAIs Rates Semester I Tahun 2026	46
Tabel 29 Data Perhitungan Capaian Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena per Bulan Semester I Tahun 2026	48
Tabel 30 Data Perhitungan Capaian Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup per Bulan Semester I Tahun 2026	48
Tabel 31 Realisasi standar klinis yang tercapai Semester I Tahun 2026	49
Tabel 32 Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Semester I Tahun 2026	51
Tabel 33 Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2026	51
Tabel 34 Data Perhitungan Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2026	53
Tabel 35 Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2026 (data Maret)	54

Tabel 36 Data Perhitungan <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI) per Bulan Semester I Tahun 2026	55
Tabel 37 Realisasi Indikator <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI) Semester I Tahun 2026	55
Tabel 38 Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi Semester I Tahun 2026	58
Tabel 39 Realisasi EBITDA Margin Semester I Tahun 2026	58
Tabel 40 Data Nilai Kinerja Anggaran RSOMH Bukittinggi Semester I Tahun 2026	60
Tabel 41 Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Semester I Tahun 2026	60
Tabel 42 Realisasi Indeks Kualitas SDM Semester I Tahun 2026	62
Tabel 43 Realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Semester I Tahun 2026	63
Tabel 44 Data Realisasi Anggaran RSOMH Bukittinggi Semester I Tahun 2026	64
Tabel 45 Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2026	64
Tabel 46 Realisasi Nilai SAKIP Semester I Tahun 2026	65
Tabel 47 Anggaran Pendapatan dan Belanja RSOMH Bukittinggi Tahun Anggaran 2026	70
Tabel 48 Rincian Realisasi Pendapatan Semester I Tahun Anggaran 2026	71
Tabel 49 Perbandingan Realisasi Pendapatan Semester I Tahun Anggaran 2026 dan 2025	71
Tabel 50 Realisasi Pendapatan BLU Semester I Tahun Anggaran 2026	72
Tabel 51 Realisasi per Jenis Belanja Semester I Tahun Anggaran 2026	73
Tabel 52 Perbandingan Realisasi Belanja Netto Semester I Tahun Anggaran 2026 dan 2025	74
Tabel 53 Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN) Semester I Tahun Anggaran 2026	75

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi	4
Diagram 2 Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan Direktorat per Juni Tahun 2026	5
Diagram 3 Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan Jenis Jabatan per Juni Tahun 2026	5
Diagram 4 Benchmarking RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Januari s.d. Juni Tahun 2026	23
Diagram 5 Capaian Indikator CSAT Semester I TA 2025 dan 2026.....	26
Diagram 6 Capaian Indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Semester I TA 2025 dan 2026.....	29
Diagram 7 Capaian Indikator % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I TA 2025 dan 2026.....	32
Diagram 8 Capaian Indikator % penerapan IHS Terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I TA 2025 dan 2026.....	35
Diagram 9 Skor Maturity Rating per Aspek Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)	39
Diagram 10 Skor Maturity Rating per Indikator Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)	39
Diagram 11 Capaian Indikator BOR Semester I TA 2025 dan 2026	40
Diagram 12 Capaian Indikator HAIs Rates Semester I TA 2025 dan 2026	46
Diagram 13 Capaian Indikator % Standar Klinis Tercapai Semester I Tahun 2025 dan 2026	49
Diagram 14 Capaian Indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2025 dan 2026.....	51
Diagram 15 Capaian Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2025 dan 2026.....	54
Diagram 16 Capaian Indikator <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI) Semester I Tahun 2025 dan 2026.....	56
Diagram 17 Capaian Indikator EBITDA Margin Semester I Tahun 2025 dan 2026	58
Diagram 18 Capaian Indikator Nilai Kinerja Anggaran Semester I Tahun 2025 dan 2026	60
Diagram 19 Capaian Indikator Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2025 dan 2026.....	64
Diagram 20 Anggaran dan Realisasi Belanja RSOMH Bukittinggi Semester I Tahun 2026	74

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi yang selanjutnya disebut RSOMH Bukittinggi adalah rumah sakit khusus Kelas A yang merupakan satuan Kerja Vertikal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI yang mempunyai tugas dan fungsi melaksanakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan Kesehatan di bidang penyakit otak dan saraf. Sebagai instansi pemerintah RSOMH memiliki kewajiban untuk melaporkan akuntabilitas kinerjanya, yang mencakup pertanggungjawaban atas penggunaan sumber daya dan pencapaian tujuan organisasi yang dilaporkan melalui Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi pemerintah (LAKIP) merupakan salah satu kewajiban bagi instansi pemerintah dalam mempertanggungjawabkan kinerjanya kepada publik. LAKIP menjadi alat untuk mengukur kinerja instansi pemerintah dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis dan Rencana Kerja. RSOMH Bukittinggi melaksanakan penyusunan LAKIP sebagai bagian dari tugas dan fungsi yang diemban sebagai institusi pelayanan kesehatan bertanggung jawab untuk melaporkan pelaksanaan program dan kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Penyusunan LAKIP dilakukan sebagai upaya untuk mendorong transparansi dan akuntabilitas RSOMH Bukittinggi dalam melaksanakan tugas dan fungsi. LAKIP juga menjadi alat untuk memperbaiki kinerja rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dalam penyusunan LAKIP, RSOMH Bukittinggi mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Permenpan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan LAKIP dilakukan dengan melibatkan seluruh unit dan bagian di rumah sakit melalui proses yang sistematis dan terstruktur.

RSOMH Bukittinggi sebagai salah satu satuan kerja dari Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategi Bisnis periode 2025 - 2029 yang merupakan turunan visi dan misi, sasaran strategis, program strategis sampai Indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan ke dalam visi dan misi rumah sakit dalam hal penentuan kebijakan proses bisnis rumah sakit. Selanjutnya penjabaran dari RSB dibuatkan Rencana Tahunan yang dituangkan dalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSOMH Bukittinggi. Indikator Kinerja Utama (IKU) dituangkan pada Perjanjian Kinerja Tahun 2026 antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI dengan Direktur Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi. Sebagai implementasi Perjanjian Kinerja Tahun 2026, pengukuran kinerja dilakukan sesuai dengan kamus yang telah ditetapkan untuk menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan tersebut, apakah sesuai dengan target dan alokasi anggaran yang telah ditetapkan.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 dibuat berdasarkan:

1. TAP MPR No. XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN (Korupsi, Kolusi dan Nepotisme)
2. Undang-undang No. 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN (Korupsi, Kolusi dan Nepotisme)
3. Instruksi Presiden No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

4. Instruksi Presiden No. 5 Tahun 2004 tentang PENCEPATAN Pemberantasan Korupsi
5. Peraturan Pemerintah No.8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instalasi Pemerintah
6. Peraturan Presiden No. 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 6 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Aparatur Sipil Negara
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 22 Tahun 2024 tentang Penilaian Kinerja Organisasi
11. Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan No. 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029
14. Peraturan Menteri Kesehatan No. 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit
15. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan
16. Surat Edaran Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan No. HK.02.02/A/5986/2025 tentang Penilaian Kinerja Organisasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan
17. Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/680/2026 tentang Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Mekanisme penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 dilakukan melalui:

1. Rencana Kerja Tahunan (RKT) yang disusun secara Top down (rincian program berdasarkan kebijakan manajemen/Direksi) dan Bottom Up (rincian program berdasarkan kebutuhan dan pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian)
2. Pengukuran pencapaian sasaran dilakukan terhadap sasaran strategis yang ada pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2025 – 2029 terkait dengan Indikator Perjanjian Kinerja
3. Pengukuran Indikator Perjanjian Kinerja diterapkan di masing-masing unit kerja atau instalasi sebagai penanggung jawab merupakan bagian penting dalam mengubah budaya layanan rumah sakit, dimana sudah dilakukan cascading perjanjian kinerja dan kontrak kinerja antara staf dengan atasan langsung

B. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan pembuatan Laporan Akuntabilitas Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja Semester I Tahun 2026 sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2025-2029 dan RBA tahun 2026
2. Untuk mengetahui prognosa keberhasilan program yang telah ditetapkan
3. Untuk mengetahui beberapa hambatan dan kegagalan dalam mencapai target yang telah ditetapkan
4. Untuk menentukan langkah tindak lanjut yang tepat dalam penyelesaian masalah

C. Gambaran Umum Organisasi

1. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagai rumah sakit khusus yang melayani otak dan saraf memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

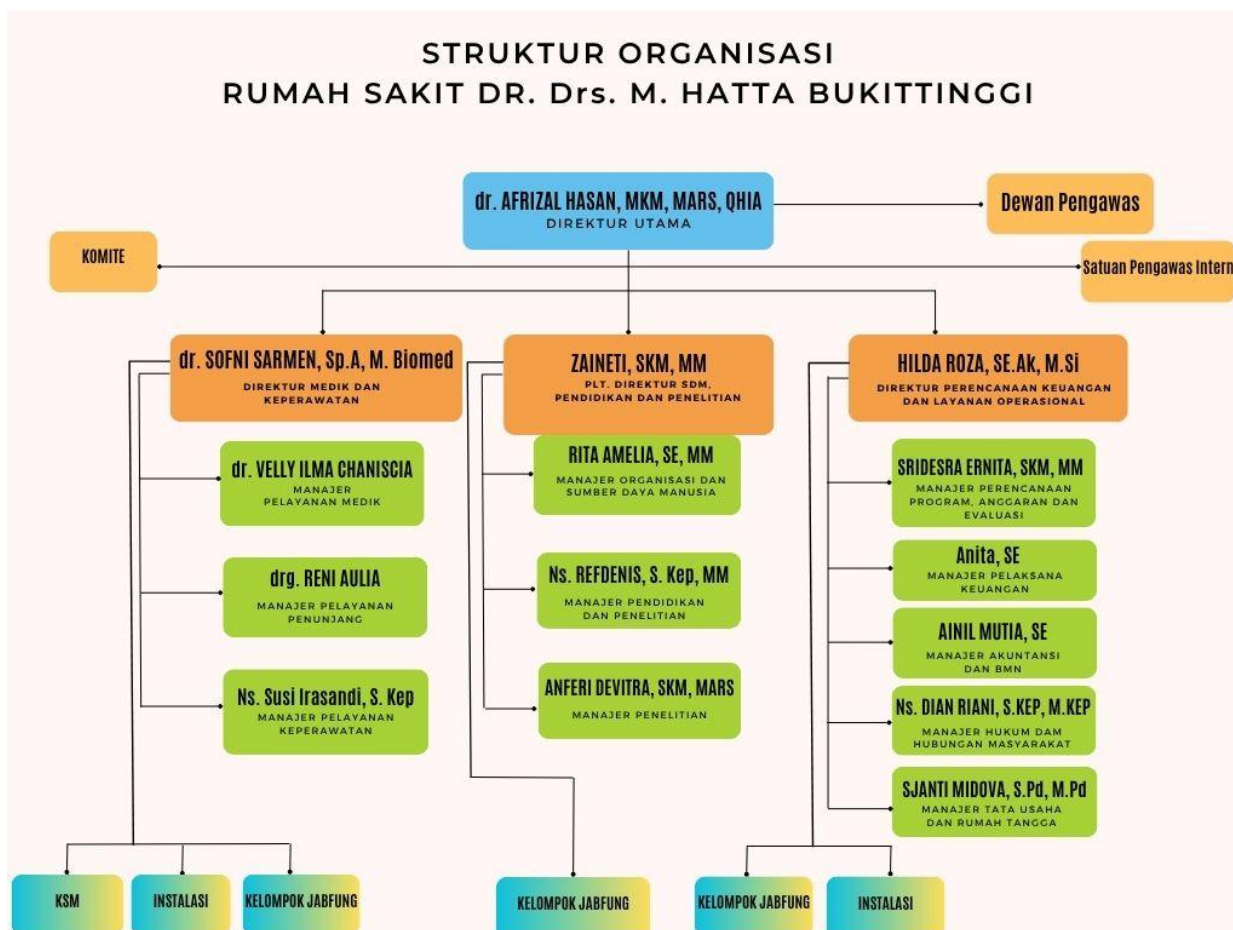
- a. Penyusunan rencana program dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit otak
- c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis
- d. Pengelolaan pelayanan penunjang non medis
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan di bidang penyakit otak
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi dan inovasi dengan kekhususan di bidang penyakit otak
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara
- i. Pengelolaan sumber daya manusia
- j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan Masyarakat
- k. Pelaksanaan kerja sama
- l. Pengelolaan sistem informasi
- m. Pelaksanaan urusan umum
- n. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan

Selain melaksanakan fungsi tersebut Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah menerapkan Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSOMH Bukittinggi sebagai RSKP Tipe III dipimpin oleh Direktur Utama dengan susunan organisasi terdiri atas:

Diagram 1
Struktur Organisasi
Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi



Sumber Daya Manusia (SDM)

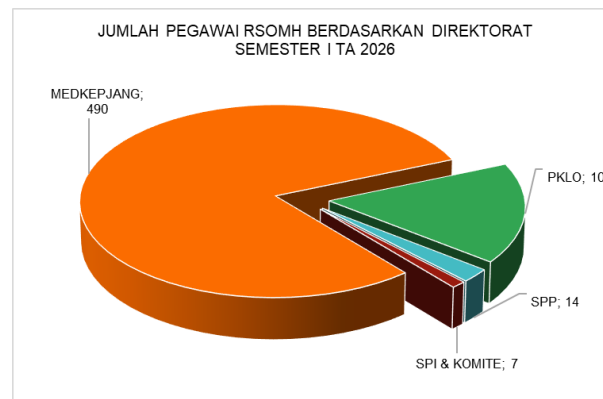
Dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi didukung oleh tenaga medis, keperawatan, farmasi, kesehatan lainnya, gizi, keterampilan fisik, keteknisian medik dan lain lain serta tenaga non kesehatan dengan total jumlah SDM sebanyak 615 orang (data per Juni 2026), terbagi pada 3 (tiga) Direktorat, yaitu 490 orang pada Direktorat Medik dan Keperawatan, 103 orang pada Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional, dan 14 orang pada Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian, serta pada Satuan Pengawas Internal (SPI) sebanyak 4 orang dan Komite sebanyak 3 orang.

Tabel 1
Data Pegawai berdasarkan Direktorat
Per Juni Tahun 2026

NO	DIREKTORAT	JUMLAH	%
1	Medik dan Keperawatan	490	79,67%
2	Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	103	16,75%
3	Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian	14	2,28%
4	Satuan Pengawas Internal (SPI) dan Komite	7	1,14%
5	Direktur Utama	1	0,16%
	TOTAL	615	100%

Sumber: Data Tim Kerja OSDM

Diagram 2
Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan
Direktorat per Juni Tahun 2026



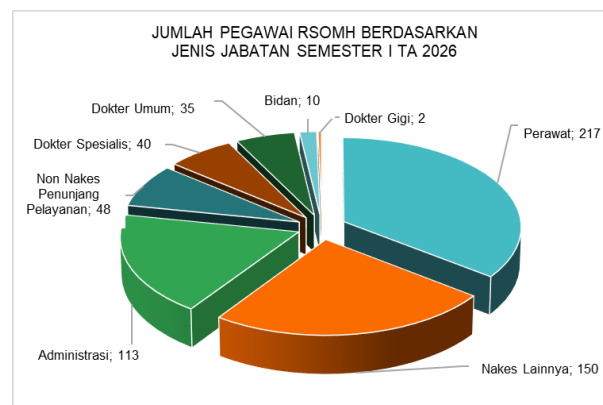
Berdasarkan jenis jabatannya, SDM RSOMH Bukittinggi terdiri dari Dokter Subspesialis/ Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Tenaga Kesehatan lainnya, Tenaga Non Nakes Penunjang Pelayanan, dan Administrasi dengan komposisi sebagai berikut:

Tabel 2
Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan
Per Juni Tahun 2026

NO	GOLONGAN	JUMLAH	%
1	Dokter Umum	35	5,69%
2	Dokter Spesialis/ Subspesialis	40	6,50%
3	Dokter Gigi	2	0,33%
4	Perawat	217	35,28%
5	Bidan	10	1,63%
6	Nakes Lainnya	150	24,39%
7	Non Nakes Penunjang	48	7,80%
8	Administrasi	113	18,37%
	TOTAL	615	100%

Sumber: Data Tim Kerja OSDM

Diagram 3
Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan
Jenis Jabatan per Juni Tahun 2026



3. Aspek Strategis dan Isu Strategis

Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi (RSOMH) merupakan rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan yang memiliki mandat sebagai pusat pelayanan rujukan khusus layanan di bidang penyakit otak dan saraf. Selain menyelenggarakan pelayanan neurologi, neurorehabilitasi, bedah saraf, dan layanan neurosains lainnya, RSOMH Bukittinggi juga memberikan pelayanan kesehatan umum untuk memenuhi kebutuhan masyarakat secara komprehensif sekaligus mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya rumah sakit.

Dalam mendukung transformasi kesehatan nasional, RSOMH Bukittinggi menetapkan visi **"Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggul di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan"** yang dijabarkan ke dalam enam misi dan sepuluh sasaran strategis. Sasaran tersebut diarahkan untuk mewujudkan layanan neurosains yang unggul, memperkuat fungsi rumah sakit sebagai pengampu nasional, mengembangkan pendidikan dan penelitian, mempercepat transformasi digital, meningkatkan tata kelola organisasi, memperkuat budaya kerja, serta mewujudkan pengelolaan keuangan yang efektif, efisien, dan akuntabel.

Hasil evaluasi pelaksanaan kinerja menunjukkan bahwa sebagian besar sasaran strategis telah berjalan sesuai arah yang ditetapkan. Namun demikian, masih terdapat beberapa indikator kinerja yang belum mencapai target, antara lain persentase pendapatan dari penelitian, persentase pendapatan non-JKN, persentase pelaksanaan pengampunan, Nilai Kinerja Anggaran (NKA), serta persentase realisasi anggaran. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat kesenjangan antara kondisi aktual dengan target yang ingin dicapai sehingga diperlukan penguatan kebijakan, program, dan tata kelola organisasi.

Berdasarkan hasil analisis terhadap lingkungan strategis, evaluasi capaian kinerja, serta tantangan internal dan eksternal organisasi, isu-isu strategis yang menjadi prioritas pengembangan RSOMH Bukittinggi adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan daya saing layanan neurosains menuju rumah sakit berkelas Asia
Peningkatan kualitas pelayanan harus diikuti dengan pengembangan layanan unggulan, pemanfaatan teknologi kesehatan modern, peningkatan keselamatan pasien, penguatan pengalaman pasien (*patient experience*), serta inovasi pelayanan agar mampu memenuhi standar pelayanan rumah sakit bertaraf internasional.
- b. Optimalisasi pengalaman pasien dan kepuasan pelanggan
Meningkatnya harapan masyarakat terhadap pelayanan yang cepat, mudah diakses, nyaman, aman, dan berkualitas menuntut rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan serta fasilitas pendukung. Hasil survei kepuasan pasien harus dimanfaatkan sebagai dasar perbaikan mutu secara berkelanjutan.
- c. Penguatan fungsi rumah sakit sebagai pengampu nasional
Capaian indikator pengampunan yang belum memenuhi target menunjukkan perlunya optimalisasi pelaksanaan program pengampunan melalui penguatan jejaring rumah sakit, pendampingan teknis, telemedicine, transfer pengetahuan, monitoring, dan evaluasi sehingga pemerataan pelayanan penyakit prioritas dapat tercapai.
- d. Peningkatan produktivitas penelitian, inovasi, dan hilirisasi hasil penelitian
Rendahnya persentase pendapatan yang berasal dari penelitian menunjukkan bahwa kegiatan penelitian belum memberikan nilai tambah yang optimal bagi organisasi. Oleh karena itu, diperlukan penguatan tata kelola penelitian, peningkatan kolaborasi dengan perguruan tinggi dan

- mitra strategis, pengembangan riset terapan, serta hilirisasi hasil penelitian agar mampu memberikan manfaat ilmiah maupun ekonomi bagi rumah sakit.
- e. Optimalisasi pendapatan non-JKN dan penguatan kemandirian Badan Layanan Umum
Belum tercapainya target pendapatan non-JKN menunjukkan perlunya diversifikasi sumber pendapatan melalui pengembangan layanan unggulan, layanan eksekutif, medical check-up, kerja sama pelayanan kesehatan, pemanfaatan aset, serta strategi pemasaran yang lebih inovatif dan berorientasi pada kebutuhan pelanggan.
 - f. Penguatan kualitas perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian anggaran
Belum optimalnya Nilai Kinerja Anggaran dan persentase realisasi anggaran menunjukkan perlunya peningkatan kualitas perencanaan program dan anggaran, sinkronisasi antara perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, pengendalian deviasi pelaksanaan anggaran, percepatan pelaksanaan pengadaan, serta monitoring dan evaluasi secara berkala agar anggaran dapat dimanfaatkan secara efektif, efisien, dan tepat sasaran.
 - g. Transformasi digital dan pemanfaatan teknologi informasi
Percepatan digitalisasi pelayanan dan tata kelola organisasi menjadi kebutuhan strategis untuk mendukung pelayanan yang terintegrasi, meningkatkan efisiensi proses bisnis, memperkuat keamanan informasi, serta menyediakan data yang akurat sebagai dasar pengambilan keputusan.
 - h. Penguatan mutu layanan klinis dan keselamatan pasien
Peningkatan mutu pelayanan klinis perlu dilakukan secara konsisten melalui penerapan standar pelayanan, penguatan budaya keselamatan pasien, evaluasi indikator mutu, audit klinis, serta penerapan praktik berbasis bukti sehingga kualitas pelayanan tetap terjaga sesuai standar nasional maupun internasional.
 - i. Pengembangan sumber daya manusia yang unggul dan budaya organisasi berorientasi kinerja
Pencapaian visi rumah sakit memerlukan sumber daya manusia yang kompeten, produktif, adaptif terhadap perubahan, serta memiliki budaya kerja BerAKHLAK. Oleh karena itu, pengembangan kompetensi, manajemen talenta, peningkatan produktivitas, dan penguatan budaya organisasi menjadi prioritas strategis.
 - j. Penguatan tata kelola organisasi yang bersih, efektif, dan akuntabel
Penguatan tata kelola dilakukan melalui peningkatan implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP), manajemen risiko, kepatuhan terhadap regulasi, transparansi pengelolaan sumber daya, serta pengambilan keputusan berbasis data guna mendukung terwujudnya organisasi yang profesional dan berintegritas.

Kesepuluh isu strategis tersebut menjadi dasar dalam penyusunan arah kebijakan, sasaran strategis, indikator kinerja utama, program prioritas, dan rencana aksi RSOMH Bukittinggi selama periode 2025–2029. Penyelesaian setiap isu secara terintegrasi diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, memperkuat fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan dan pengampu nasional, meningkatkan kinerja keuangan dan pengelolaan anggaran, serta mewujudkan RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit dengan pelayanan otak dan saraf unggul di level Asia yang tumbuh secara berkelanjutan.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs M Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 adalah sebagai berikut:

KATA PENGANTAR

RINGKASAN EKSEKUTIF

DAFTAR ISI

- BAB I** PENDAHULUAN, menyajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issue) yang sedang dihadapi organisasi.
- BAB II** PERENCANAAN KINERJA, menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2026, meliputi: gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun yang bersangkutan, uraian tentang indikator dan targetnya, deskripsi singkat tentang kebijakan dan strategi untuk mencapai visi, misi serta sasaran.
- BAB III** AKUNTABILITAS KINERJA, terdiri dari 2 (dua) sub bab, yaitu: Capaian Kinerja Organisasi dan Realisasi Anggaran. Sub bab Capaian Kinerja menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi dan analisisnya yang meliputi: membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini, membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir, membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam RSB, analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan, analisis atau efisiensi penggunaan sumber daya dan analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian target kinerja. Sub bab Realisasi Anggaran menguraikan tentang realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.
- BAB IV** PENUTUP, menguraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.
- LAMPIRAN**
- | | |
|------------|---|
| Lampiran 1 | : Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029 |
| Lampiran 2 | : Perjanjian Kinerja Tahun 2026 |
| Lampiran 3 | : SOP Pengumpulan Data Kinerja |
| Lampiran 4 | : SOP Penyusunan LAKIP |
| Lampiran 5 | : SK Tim LAKIP RSOMH Bukittinggi |
| Lampiran 6 | : Sertifikat dan Penghargaan RSOMH Bukittinggi Tahun 2026 |

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029

RS Otak DR. Drs. M. Hatta (RSOMH) Bukittinggi merupakan rumah sakit khusus dengan tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. RSOMH Bukittinggi merupakan Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan dengan status Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang dipimpin oleh Direktur Utama yang secara hierarki bertanggung jawab langsung kepada Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan. RSOMH memiliki layanan kekhususan di bidang otak dan saraf yang berperan dalam mewujudkan sasaran strategis yang berkaitan dengan peningkatan ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya RSOMH Bukittinggi telah menyusun Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode 2025 – 2026 sebagai pedoman dalam pelaksanaan tata kelola manajemen dan pencapaian visi serta misi organisasi dan telah menetapkan sasaran strategis, indikator dan target yang ingin dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun ke depan. Tahun 2026 merupakan tahun kedua dari pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB).

1. Visi, Misi dan Tujuan

Visi RSOMH Bukittinggi adalah: **"Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan"**

Yang dijabarkan ke dalam 6 (enam) misi, yaitu:

- 1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
- 2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
- 3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi layanan;
- 4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
- 5) Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
- 6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Rencana Strategis Bisnis RSOMH Bukittinggi Tahun 2025-2029 mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dengan sasaran strategis sebagai berikut:

- 1) Terwujudnya layanan terbaik level Asia;
- 2) Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas;
- 3) Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan penelitian yang berkesinambungan;
- 4) Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal;
- 5) Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel;
- 6) Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien;
- 7) Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten;
- 8) Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan;
- 9) Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK;
- 10) Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal

2. Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja utama

Penetapan sasaran strategis sangat perlu untuk memberikan fokus pada penyusunan rencana kerja dan alokasi sumber daya organisasi dalam kegiatan operasional tiap tahun dalam kurun waktu lima tahun, untuk mengetahui sasaran strategis efisien, efektif, maka sasaran harus bersifat spesifik, dapat dinilai, dapat diukur, menantang namun dapat dicapai dan berorientasi pada hasil serta dampak. Sasaran strategis diukur dengan indikator dan target sasaran secara berkala setiap tahun dalam kurun waktu lima tahun. Sasaran strategis dan indikator kinerja Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi adalah:

Tabel 3
Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja Utama
Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola /Diampu sesuai target
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6. <i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> - CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>) - VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>) - CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) - SSI (<i>Surgical Site Infection</i>)
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai 11. <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)

Dalam rangka menjamin pencapaian sasaran strategis, RSOMH Bukittinggi telah melakukan analisis risiko yang berpotensi memengaruhi keberhasilan program. Setiap risiko telah dipetakan dengan langkah mitigasi yang sesuai. Analisis dan mitigasi risiko dilakukan untuk setiap program strategis yang terdiri dari risiko tinggi dan sedang sesuai daftar risiko terlampir dalam Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029.

Rencana Strategis Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi menuangkan KPI dalam bentuk Matriks yang memuat target per tahun selama periode RSB tahun 2025 – 2029.

Tabel 4
 Matriks Perencanaan Target Kinerja
 Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 – 2029

NO.	INDIKATOR KINERJA	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
1.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)	Baik (76,61–88,3)	Baik (76,61–88,3)	Sangat Baik (88,31–100)	Sangat Baik (88,31–100)
2.	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu sesuai Target	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
3.	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	50%	75%	90%	100%
4.	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
5.	<i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%	70%	70%	70%	70%
6.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>					
	- CAUTI	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- VAP	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- CLABSI	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- SSI	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%
7.	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
8.	Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	10%	15%	30%	50%
	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)	Puas (76,61–88,3)	Puas (76,61–88,3)	Sangat Puas (88,31–100)	Sangat Puas (88,31–100)
9.	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
10.	EBITDA margin (%) terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	2%	2%	3%
11.						
12.						

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2026

Perjanjian Kinerja merupakan dokumen pernyataan kinerja atau dokumen kesepakatan kinerja yang disusun setiap tahun. Perjanjian kinerja memuat sasaran, indikator, target, serta anggaran yang diperlukan untuk mewujudkan tujuan dan sasaran rumah sakit yang sepenuhnya mengacu kepada RSB tahun 2025 – 2029. Selanjutnya perjanjian kinerja ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja antara Direktur Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Tahun 2026 memuat sasaran, indikator dan target kinerja sesuai dengan RSB 2025 – 2029, dengan beberapa penyesuaian, antara lain: indikator "Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS" digabungkan sasarannya dengan indikator "EBITDA Margin" (Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal), indikator "Persentase Standar Klinis yang Tercapai" yang semula dihitung secara komposit menjadi dihitung masing-masing sesuai indikator yang dipilih pada tahun 2026 yaitu "Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena" dan "Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup", serta terdapat perubahan Definisi Operasional indikator HAIs *rate*, perubahan target indikator CSAT, pengampunan dan pendapatan penelitian.

Perjanjian Kinerja Tahun 2026 memuat 10 (sepuluh) sasaran kegiatan dan 18 (delapan belas) Indikator Kinerja, terdiri dari 13 (tiga belas) Indikator Kinerja utama (IKU), dan 5 (lima) indikator kinerja direktif, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 5
 Perjanjian Kinerja
 Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2026

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	1. <i>EBITDA Margin</i> (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	1%
		2. Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%
2.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	3. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
3.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	4. <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) <i>rates</i>	100%
		5. - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%
		- Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%
4.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	6. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90,64

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
5.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	7. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	57,5%
6.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	8. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%
7.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	9. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78
		10. <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	73,75%
8.	Meningkatnya Kualitas Layanan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	11. Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta	92,75
		12. Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta	82
		13. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RS Otak M Hatta	95%
		14. Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta	96%
9.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	15. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%
10.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	16. Skor BLU Maturity Rating	Level 3
		17. Nilai SAKIP RS Otak M Hatta	83

Pada tahun 2026 RSOMH Bukittinggi mengalokasikan anggaran sebesar Rp 202.879.590.000,- untuk seluruh program dan kegiatan, dengan rincian: Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan sebesar Rp 152.830.686.000,- dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 50.048.904.000,-.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja merupakan salah satu tahapan penting dalam penyelenggaraan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang bertujuan untuk menilai tingkat keberhasilan organisasi dalam mencapai sasaran strategis, tujuan, serta target kinerja yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja. Melalui pengukuran kinerja, manajemen dapat memperoleh gambaran yang objektif mengenai efektivitas pelaksanaan program dan kegiatan, sekaligus menjadi dasar dalam pengambilan keputusan, penyusunan kebijakan, serta perbaikan kinerja secara berkelanjutan.

Pengukuran kinerja RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2026 dilakukan terhadap seluruh indikator yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2026 dan mengacu pada sasaran strategis yang tertuang dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025–2029. Metode pengukuran yang digunakan adalah membandingkan antara realisasi capaian dengan target yang telah ditetapkan pada setiap indikator kinerja sehingga diperoleh persentase tingkat pencapaian kinerja.

Hasil pengukuran kinerja tidak hanya menggambarkan tingkat keberhasilan pencapaian target, tetapi juga menjadi dasar untuk melakukan evaluasi terhadap faktor-faktor yang memengaruhi capaian indikator, baik faktor pendukung maupun faktor penghambat. Evaluasi tersebut dilengkapi dengan analisis penyebab, dampak terhadap pencapaian sasaran strategis, serta rencana tindak lanjut sebagai upaya perbaikan berkelanjutan (*continuous improvement*) guna meningkatkan efektivitas pelaksanaan program dan kegiatan pada periode berikutnya.

Sebagai bagian dari proses evaluasi kinerja, capaian Semester I Tahun 2026 juga dibandingkan dengan capaian pada periode sebelumnya (*time series analysis*) untuk mengidentifikasi tren peningkatan, penurunan, maupun stabilitas kinerja pada masing-masing indikator. Analisis tren tersebut memberikan informasi yang komprehensif mengenai perkembangan kinerja organisasi dari waktu ke waktu serta menjadi dasar dalam penyusunan strategi, kebijakan, dan perencanaan program yang lebih efektif, efisien, adaptif, dan berorientasi pada peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Selanjutnya, disajikan pula target dan realisasi Indikator Kinerja Utama (IKU) Semester I Tahun 2026 berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2026 yang mengacu pada sasaran strategis dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025–2029. Penyajian tersebut menjadi dasar dalam melakukan analisis terhadap tingkat pencapaian masing-masing indikator, identifikasi faktor-faktor yang memengaruhi capaian, serta perumusan langkah-langkah perbaikan sebagai upaya peningkatan kinerja organisasi secara berkelanjutan.

1. Pengukuran Kinerja Semester I Tahun 2026 (Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2026)

Sesuai dengan pernyataan Perjanjian Kinerja Tahun 2026 yang dilakukan antara Direktur Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan, pengukuran kinerja Semester I tahun 2026 dilakukan sesuai Indikator Kinerja Utama pada Rencana Strategi Bisnis dan Indikator Kinerja Direktif.

Tabel 6
 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Utama (berdasarkan RSB)
 Semester I Tahun 2026

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
1.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	1. <i>EBITDA Margin</i> (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	100%
		2. Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	5,93%	59,33%
2.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	3. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	81,9%	116,97%
3.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	4. <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%	100%	100%
		5. - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	100%	125%
		- Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	95,35%	105,94%
4.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	6. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90,64	91,80	101,28%
5.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	7. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	57,5%	0%	0%
6.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	8. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5%	0,014%	2,80%
7.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	9. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	88,22	113,10%
		10. <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%	16,24%	22,02%
9.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	11. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%	55,22%	110,44%
10.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	12. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3,44	114,67%

Tabel 7
 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Direktif
 Semester I Tahun 2026

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
1.	Meningkatnya Kualitas Layanan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	1. Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta	92,75	58,76	63,35%
		2. Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta	82	79,58	97,05%
		3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RS Otak M Hatta	95%	100%	105,26%
		4. Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta	96%	42,24%	44,00%
		5. Nilai SAKIP RS Otak M Hatta	83	86,40	104,10%

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja Semester I Tahun 2026, dari total 18 (delapan belas) indikator kinerja yang diperjanjikan, terdapat 7 (tujuh) indikator yang belum mencapai target yang telah ditetapkan. Dengan demikian, sebanyak 11 (sebelas) indikator atau 61,11% telah mencapai target, sedangkan 7 (tujuh) indikator atau 38,89% masih memerlukan upaya perbaikan dan tindak lanjut.

Dapat dijelaskan 7 (tujuh) indikator yang belum mencapai target adalah 4 (empat) indikator dari Indikator Kinerja Utama (IKU), yaitu: (1) Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan; (2) Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu sesuai Target; (3) Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian; dan (4) Training Effectiveness Index (TEI), dan 3 (tiga) dari indikator mandatori dan direktif yaitu: (1) Nilai Kinerja Anggaran RS; (2) Indeks Kualitas SDM RS; dan (3) Persentase Realisasi Anggaran RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi, dimana 5 (lima) dari keseluruhan indikator yang belum mencapai target di atas merupakan mempunyai target tahunan.

Indikator-indikator yang belum mencapai target tersebut menjadi fokus evaluasi manajemen pada Semester I Tahun 2026. Berbagai faktor internal maupun eksternal dapat memengaruhi capaian kinerja, sehingga diperlukan langkah-langkah perbaikan melalui penguatan perencanaan, optimalisasi pelaksanaan program, peningkatan koordinasi lintas unit, serta monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan agar target kinerja pada akhir Tahun 2026 dapat tercapai sesuai dengan yang telah ditetapkan.

2. Perbandingan antara Realisasi dan Capaian Kinerja Semester I Tahun 2026 dengan tahun sebelumnya

Perbandingan antara realisasi dengan capaian kinerja Semester I Tahun 2026 dengan tahun sebelumnya dilakukan dengan membandingkan capaian Semester I tahun 2026 dan Semester I tahun 2025. Perbandingan dapat dilakukan pada seluruh IKU dan 3 (tiga) indikator direktif, yaitu: Nilai Kinerja Anggaran, Persentase Realisasi Anggaran dan Nilai SAKIP.

Tabel 8
 Perbandingan Capaian Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi
 Semester I Tahun 2025 – 2026

NO.	INDIKATOR KINERJA	SEM I 2025		SEM I 2026	
		TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI
1.	<i>EBITDA Margin</i> (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-8,02%	1%	1%
2.	Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,96%	10%	5,93%
3.	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	75,91%	70%	81,9%
4.	<i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%*	100%	100%	100%
5.	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%**	100%	80%	100,00%
	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%**	94,09%	90%	95,35%
6.	Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	Baik (76,61–88,3)	91,49	90,64	91,80
7.	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	50%	0,00%	57,5%	0%
8.	Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian	1%	0,019%	0,5%	0,014%
9.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)	82,91	78	88,22
10.	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%	10,05%	73,75%	16,24%
11.	Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta	80,10	77,35	92,75	58,76
12.	Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta			82	79,58
13.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RS Otak M Hatta			95%	100%
14.	Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta	95%	48,15%	96%	42,24%
15.	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	45,10%	50%	55,22%
16.	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3,44	Level 3	3,44
17.	Nilai SAKIP RS Otak M Hatta		84,90	83	86,40

*) Mengukur indikator HAIs yang sama tapi terdapat perubahan cara perhitungan nilai keseluruhan

**) Tahun 2025 dihitung sebagai komposit capaian standar klinis, tahun 2026 dihitung per indikator

Berdasarkan Tabel 8 di atas, perbandingan capaian kinerja antara Semester I Tahun 2025 dengan Semester I Tahun 2026 sebagian besar mengalami peningkatan. Beberapa indikator yang mengalami penurunan dibandingkan periode sebelumnya antara lain:

a. Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Pada semester I tahun 2025 capaian pendapatan non-JKN 7,96% dari seluruh pendapatan RS, namun pada semester I tahun 2026 mengalami penurunan menjadi 5,93%. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain meningkatnya proporsi pasien peserta JKN sehingga komposisi pendapatan rumah sakit didominasi oleh klaim JKN.

Selain itu, pemanfaatan layanan eksekutif dan layanan bernilai tambah belum optimal, beberapa penyebabnya adalah:

- Adanya pekerjaan renovasi dan perbaikan ruang poli eksekutif sebagai bagian dari pengembangan layanan dan pembangunan ruang layanan hemodialisa, sehingga aktivitas pelayanan di Poli Eksekutif mengalami keterbatasan selama periode tersebut.
- Di samping itu pada semester I Tahun 2026 memiliki jumlah hari libur nasional dan cuti bersama yang lebih banyak dibandingkan periode yang sama pada tahun sebelumnya.
- Terjadinya kerusakan pada alat kesehatan penunjang diagnosa seperti CT Scan, sehingga kunjungan pasien yang dirujuk untuk pemeriksaan CT Scan tidak bisa dilayani secara optimal
- Belum menjadi target kinerja bagi unit yang terkait, saat ini masih menjadi target rumah sakit

Kondisi-kondisi tersebut diatas turut mempengaruhi volume kunjungan pasien, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap penurunan pendapatan non-JKN

b. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/diampu Sesuai Target

Berdasarkan definisi operasionalnya, indikator ini diperuntukkan bagi Rumah Sakit Vertikal (RSV) yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu Regional sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, serta Kesehatan Ibu dan Anak (KJSU-KIA).

Sesuai dengan definisi operasional tersebut, Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi tidak termasuk dalam rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit Pengampu, namun indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/diampu sesuai target sudah masuk kedalam Perjanjian Kinerja yang diperjanjikan oleh Direktur Utama dengan Dirjen Kesehatan Lanjutan, sehingga rumah sakit masih menjalankan pengampunan melalui tele ECHO. Atas kondisi tersebut, indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ diampu Sesuai Target belum diimplementasikan maupun diukur pada Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi. Oleh karena itu, indikator tersebut dalam proses pengusulan untuk dilakukan revisi pada Perjanjian Kinerja Direktur Utama Tahun 2026.

c. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian

Capaian persentase pendapatan yang diperoleh dari seluruh kegiatan penelitian pada Semester I Tahun 2026 sebesar 0,014%, lebih rendah dibandingkan dengan capaian Semester I Tahun 2025 yang mencapai 0,019%. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa kontribusi kegiatan penelitian terhadap pendapatan operasional rumah sakit masih belum optimal.

Belum optimalnya capaian indikator ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik internal maupun eksternal. Dari sisi eksternal, jumlah institusi pendidikan, perguruan tinggi, maupun lembaga penelitian yang memanfaatkan RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi sebagai lokasi penelitian masih terbatas. Selain itu, beberapa perguruan tinggi kesehatan telah menerapkan kebijakan bahwa penyelesaian tugas akhir mahasiswa tidak lagi diwajibkan dalam bentuk penelitian,

melainkan menggunakan metode studi kasus yang dilaksanakan selama praktik klinik di rumah sakit. Perubahan kebijakan akademik tersebut secara langsung mengurangi jumlah proposal penelitian yang diajukan di rumah sakit

Di samping itu, berdasarkan hasil koordinasi dan komunikasi dengan beberapa dosen dari perguruan tinggi yang selama ini menjadi mitra penelitian RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi, diketahui bahwa kebijakan efisiensi anggaran penelitian di lingkungan perguruan tinggi turut berdampak pada penurunan jumlah kegiatan penelitian yang dilaksanakan. Kondisi tersebut menyebabkan berkurangnya permohonan penelitian dan pada akhirnya berdampak pada menurunnya pendapatan rumah sakit yang bersumber dari pelayanan penelitian.

d. Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) pada Semester I Tahun 2026 sebesar 58,76, lebih rendah dibandingkan capaian Semester I Tahun 2025 sebesar 77,35. Penurunan tersebut terutama dipengaruhi oleh menurunnya nilai pada komponen Kualitas Perencanaan Anggaran, hal ini terjadi akibat tingginya deviasi antara rencana pelaksanaan dengan realisasi pelaksanaan dan masih rendahnya pertanggungjawaban belanja modal, sementara capaian output pada nilai kinerja perencanaan adalah membandingkan antara output yang telah tercapai (sesuai data di KPPN) dengan total volume output di RKA-KL.

Kondisi ini disebabkan oleh beberapa kendala diantaranya yaitu: terjadinya perubahan jadwal pelaksanaan beberapa kegiatan yang menyebabkan realisasi penarikan dana tidak sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan pada Halaman III DIPA. Selain itu, penyebab tingginya deviasi tersebut juga karena adanya pergantian pengelola anggaran pada awal tahun turut memengaruhi proses koordinasi, pengendalian, dan monitoring pelaksanaan kegiatan, sehingga diperlukan waktu adaptasi dalam pelaksanaan anggaran. Kondisi tersebut berdampak pada pergeseran jadwal pelaksanaan kegiatan dan penarikan anggaran, yang pada akhirnya menurunkan nilai Kualitas Perencanaan Anggaran serta memengaruhi capaian Nilai Kinerja Anggaran keseluruhan.

e. Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta

Realisasi anggaran per Juni 2026 sebesar 42,24%, lebih rendah daripada semester I tahun 2025 sebesar 48,15%, hal ini Akibat terbitnya surat Ditjen Keslan nomor: PR.04.02/D/5968/2025 tanggal 15 Desember 2025 hal Tindak Lanjut atas Surat Menteri Keuangan Penguatan Dukungan Pelaksanaan Prioritas Direktif Presiden TA 2026 pada Satker Ditjen Kesehatan Lanjutan yang berdampak maka terdapat beberapa kegiatan yang terblokir sebesar 20 s/d 40% sehingga berdampak terhadap pelaksanaan kegiatan (terdapat kekurangan terhadap beberapa item perencanaan, sehingga membutuhkan waktu untuk mencari barang alternatif atau menunggu proses revisi anggaran). DIPA blokir baru terbit tanggal 17 Mei 2026, sehingga proses pertanggungjawaban keuangan ke KPPN baru dapat dilakukan maksimal pada semester II tahun 2026.

Selain itu, terdapat beberapa permasalahan yang mengakibatkan rendahnya realisasi anggaran, di antaranya:

- Terdapat barang yang turun tayang pada e-katalog sehingga memerlukan perubahan spek kembali
- Terdapat alat kesehatan yang masih dalam proses kurasi sehingga butuh waktu untuk merealisasikan anggaran
- Adanya kendala pada ketersediaan BBM menyebabkan beberapa penyedia menyepakati untuk memperpanjang waktu pengiriman untuk mengantisipasi keterlambatan pengantaran barang yang dapat mengakibatkan denda

3. Perbandingan antara Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah sesuai Dokumen Rencana Strategis

Tabel 9
 Perbandingan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2026 dengan
 Target Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2025 – 2029

NO.	INDIKATOR KINERJA	REALISASI SEM I 2026	TARGET				
			2025	2026	2027	2028	2029
1.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	91,80	Baik (76,61–88,3)	Baik (76,61–88,3)	Baik (76,61–88,3)	Sangat Baik (88,31–100)	Sangat Baik (88,31–100)
2.	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	0%	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
3.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0,014%	1%	1%	1%	1%	1%
4.	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	55,22%	25%	50%	75%	90%	100%
5.	Skor BLU Maturity Rating	3,44	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
6.	Bed Occupancy Rate/ BOR	81,9%	70%	70%	70%	70%	70%
7.	<i>HAIs rates</i>						
	- CAUTI	0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- VAP	0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- CLABSI	0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- SSI	0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%
8.	% standar klinis yang tercapai	100%	80%	80%	80%	80%	80%
9.	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	5,93%	10%	10%	10%	10%	10%
10.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	88,22	Puas (76,61–88,3)	Puas (76,61–88,3)	Puas (76,61–88,3)	Sangat Puas (88,31–100)	Sangat Puas (88,31–100)
11.	Training Effectiveness Index (TEI)	16,24%	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
12.	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	1%	2%	2%	3%

Tahun 2026 merupakan tahun kedua dari pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025 – 2029. Berdasarkan Dokumen Rencana Strategis target jangka menengah telah ditetapkan sampai akhir periode rencana strategi yaitu tahun 2029, dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan), pada akhir periode Renstra ditetapkan sebesar Sangat Baik (88,31–100), pada tahun II pelaksanaan RSB sampai semester I tahun 2026, realisasi kinerja yang dicapai adalah sebesar 91,80 atau sudah tercapai hingga sangat baik sesuai dengan target jangka menengah yang telah ditetapkan sudah ditetapkan.
- 2) Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target, pada akhir periode Renstra ditetapkan sebesar 80%, pada semester I tahun 2026 realisasi kinerja yang dicapai adalah sebesar 0%, masih jauh dari target jangka menengah.
- 3) Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, pada akhir periode Renstra ditetapkan sebesar 1%, sedangkan realisasi kinerja yang dicapai di semester I tahun 2026 adalah sebesar 0,014%, masih cukup jauh dari target.
- 4) Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan, pada Semester I tahun 2026 tercapai sebesar 55,22%. Capaian ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh modul yang dipersyaratkan untuk mencapai 100% telah tercapai dengan baik. Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah sebesar 100%, capaian tersebut sudah terpenuhi sebesar 55% pada tahun kedua. Kondisi ini mengindikasikan bahwa implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit Terintegrasi telah berjalan sesuai dengan tahapan dan diperkirakan dapat mencapai target setiap tahunnya sampai akhir periode Renstra.
- 5) Skor BLU Maturity Rating pada akhir periode Renstra yang ditetapkan adalah pada level 4. Realisasi kinerja Skor BLU Maturity Rating yang dicapai tahun 2025 (untuk penilaian TA 2024) adalah pada level 3 dengan skor 3,44. Pada tahun 2026 (penilaian TA 2025) penilaian Maturity Rating ditunda sesuai Surat Direktur PPK-BLU No. S-48/PB.5/2026 tanggal 12 Maret 2026 hal Penundaan Pelaksanaan Self-Assessment BLU SMART. Dengan demikian skor Maturity Rating yang digunakan untuk capaian kinerja adalah skor penilaian 2025 (TA 2024). Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2029 yang ditetapkan pada Level 4, capaian saat ini telah berada pada fase transisi menuju tingkat yang terkelola dan terukur. Kesenjangan yang tersisa perlu ditindaklanjuti dengan penguatan monitoring dan evaluasi secara sistematis, pengembangan inovasi layanan, serta integrasi proses berbasis manajemen risiko dan teknologi informasi.
- 6) *Bed Occupancy Rate/* (BOR) terealisasi sebesar 81,9% pada semester I 2026, yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 70% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 117%. Capaian ini masuk kedalam rentang ideal nilai standar BOR Kementerian Kesehatan antara 60-85%.
- 7) Capaian *Healthcare Associated Infections* (HAIs) rates pada semester I tahun 2026 terealisasi sesuai target yang ditetapkan. Jika dibandingkan dengan target jangka menengah, maka capaian sudah terealisasi dengan baik. Target HAIs rates sudah sesuai dengan standar nasional sebagaimana terdapat pada Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024.

- 8) Persentase standar klinis yang tercapai, capaian indikator ini pada semester I tahun 2026 tercapai 100% (indikator Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena dan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup capaiannya melebihi target). Jika dibandingkan dengan target jangka menengah 80%, capaian indikator % standar klinis sudah tercapai dengan baik.
- 9) Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS pada semester I tahun 2026 tercapai sebesar 5,93%, masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 10%. Jika dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu 10 % capaian ini masih belum mencukupi sehingga perlu strategi atau langkah-langkah yang lebih efektif dan optimal.
- 10) Skor Tingkat Kepuasan Pegawai pada semester I 2026 sedang dalam proses survey yg dilakukan pihak eksternal
- 11) Training Effectiveness Index (TEI) menunjukkan capaian kinerja sebesar 16,24%, masih belum mencapai target tahunan sebesar 73,75%. Capaian indikator ini merupakan nilai kumulatif dan pada semester I 2026 ini sebagian besar tenaga medis dan tenaga kesehatan sudah menjalani peningkatan kompetensi namun karena belum mencapai 40 JPL sehingga belum dihitung sebagai capaian. Diharapkan sampai dengan akhir tahun 2026 target dapat dicapai. Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah sebesar 85%, indikator TEI masih perlu ditingkatkan melalui penguatan kualitas pelatihan, peningkatan relevansi materi dengan kebutuhan organisasi, serta evaluasi dan tindak lanjut hasil pelatihan secara berkelanjutan.
- 12) Indikator EBITDA margin pada akhir periode Renstra ditetapkan sebesar 3%, sementara pada tahun kedua pelaksanaan RSB yaitu tahun 2026 realisasi kinerja yang dicapai pada Semester I 2026 adalah sebesar 1%, dapat mencapai target tahunan walaupun masih di bawah target jangka menengah yang ditetapkan.

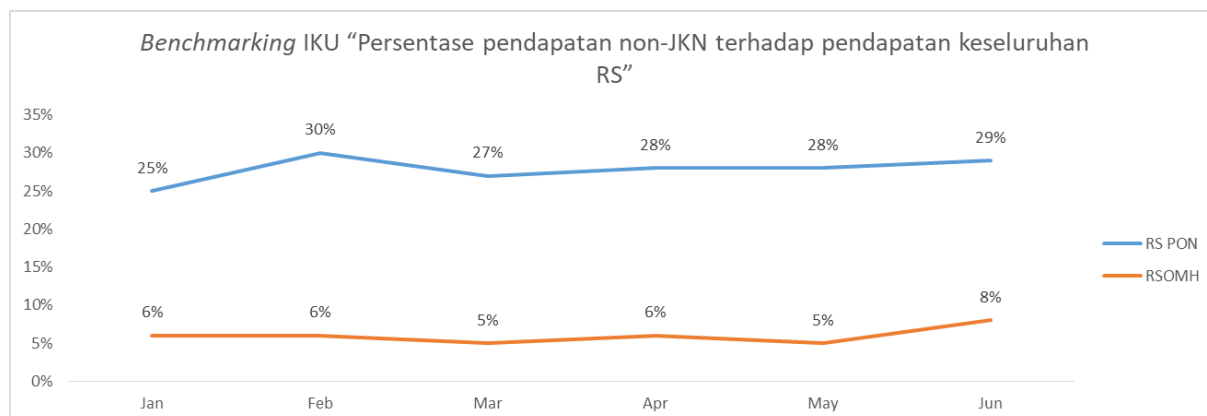
4. Perbandingan Realisasi Kinerja di Level Nasional (Benchmarking Kinerja)

Perbandingan kinerja yang dapat dilakukan adalah dengan rumah sakit sejenis dan dengan kekhususan yang sama, yaitu Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RS PON) Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono untuk indikator "Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS".

Tabel 10
Perbandingan Capaian Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan
RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta
Tahun 2026 (Januari s.d. Juni)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUNI
RS PON	25%	30%	27%	28%	28%	29%
RSOMH	6%	6%	5%	6%	5%	8%

Diagram 4
Benchmarking RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta
Januari s.d. Juni Tahun 2026



Data di atas menunjukkan bahwa dari Januari s.d. Juni 2026 RS PON mampu mempertahankan kontribusi pendapatan non-JKN pada kisaran 25%–30%, dengan rata-rata relatif stabil di atas 25%. Hal ini menggambarkan bahwa RS PON dapat mengembangkan layanan non-JKN yang kompetitif dan diminati masyarakat. Sementara itu, RSOMH Bukittinggi mencatat persentase pendapatan non-JKN yang lebih rendah, berada pada kisaran 5%-8% saja. Hal ini menunjukkan bahwa kontribusi pendapatan non-JKN terhadap total pendapatan masih terbatas, dimana RSOMH Bukittinggi masih bergantung pada pendapatan JKN.

Melalui benchmarking, RSOMH Bukittinggi memperoleh gambaran mengenai posisi relatifnya terhadap rumah sakit rujukan nasional. Perbandingan ini memperlihatkan adanya gap kinerja antara RSOMH dan RS PON, yang dapat dijadikan dasar untuk menetapkan langkah strategis untuk peningkatan ke depan. Beberapa strategi yang dilakukan oleh RS PON untuk meningkatkan pendapatan non-JKN antara lain:

- Pelayanan Poliklinik Eksekutif dilaksanakan secara paralel mulai dari pagi sampai malam hari didukung oleh jumlah SDM spesialis dan subspesialis yang memadai
- Ruang Poliklinik Eksekutif terpisah dari Poliklinik reguler dan didesain modern mengutamakan kenyamanan, kecepatan dan terintegrasi dengan farmasi, radiologi, dan laboratorium

Berdasarkan benchmarking dengan RS PON maka strategi yang dapat dilakukan di RSOMH Bukittinggi antara lain:

- Mengembangkan Poliklinik Eksekutif modern yang terpisah dari poliklinik reguler dan terintegrasi secara terpadu dengan layanan diagnostik yang akan dilakukan secara bertahap (2026 – 2029) dan direncanakan masuk ke dalam perencanaan revisi Master Plan rumah sakit
- Mengoptimalkan pelayanan Poliklinik Eksekutif secara paralel mulai dari pagi sampai sore hari termasuk hari libur untuk semua jenis layanan
- Meningkatkan komitmen layanan dengan mempercepat waktu tunggu layanan
- Memperkuat kerja sama dengan asuransi swasta, perusahaan, dan institusi lainnya
- Meningkatkan promosi dan pemasaran layanan non-JKN

5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan

a. Indikator Kinerja Utama (IKU) sesuai Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Untuk mencapai setiap-tiap sasaran program/kegiatan, ada beberapa indikator kinerja yang digunakan, dimana masing-masing indikator dapat diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalahnya yang diuraikan sebagai berikut:

1) Sasaran Strategis 1: Terwujudnya layanan terbaik level Asia

IKU: CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

CSAT (Customer Satisfaction Survey) atau Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) merupakan metode yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit melalui survei kepuasan pasien dan keluarga terhadap pengalaman mereka dalam skala tertentu, dengan metode pelaksanaan survey mengikuti teknik kuesioner dengan tatap muka, wawancara, atau survey secara elektronik.

Sebagai Penyelenggara pelayanan publik rumah sakit wajib melakukan Survei Kepuasan Masyarakat secara berkala untuk mengetahui kualitas pelayanan publik secara berkelanjutan. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan yang bertujuan untuk mengukur kepuasan dan mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga pasien akan pelayanan publik terutama unsur layanan yang perlu ditingkatkan serta dipertahankan atau perlu diperbaiki kinerjanya, baik kinerja secara keseluruhan maupun kinerja tiap unit layanan publik serta sebagai bahan dalam penetapan kebijakan terkait dengan peningkatan kualitas pelayanan publik di RS Otak M. Hatta Bukittinggi.

Survei kepuasan pelanggan diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Penyelenggara Pelayanan Publik.

Definisi Operasional

- Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat
- Sasaran Responden adalah pasien dan keluarga pasien
Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: Poliklinik, Rawat inap, IGD dan Laboratorium
- Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana
- Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan
- Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei)
- Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal

Formula

- Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur:
 - Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus:

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{\{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q\}}$$
 - Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang
 - Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang
 - Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi)
- Menghitung kepuasan pasien di satu unit:
 - Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit
- Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit:
 - Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit
 - Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit
- Konversi Nilai Kepuasan:
 1. Tidak baik : 25,00 – 64,99
 2. Kurang baik : 65,00 – 76,60
 3. Baik : 76,61 – 88,30
 4. Sangat baik : 88,31 – 100

Pengukuran Kinerja

Sumber data capaian CSAT adalah dari hasil Survey Kepuasan Masyarakat yang dilaksanakan oleh Tim Kerja Hukum dan Humas RSOMH Bukittinggi. Berikut uraian target dan realisasi IKU CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) dan hasil penghitungan kinerja survey kepuasan pelanggan Semester 1 Tahun 2026:

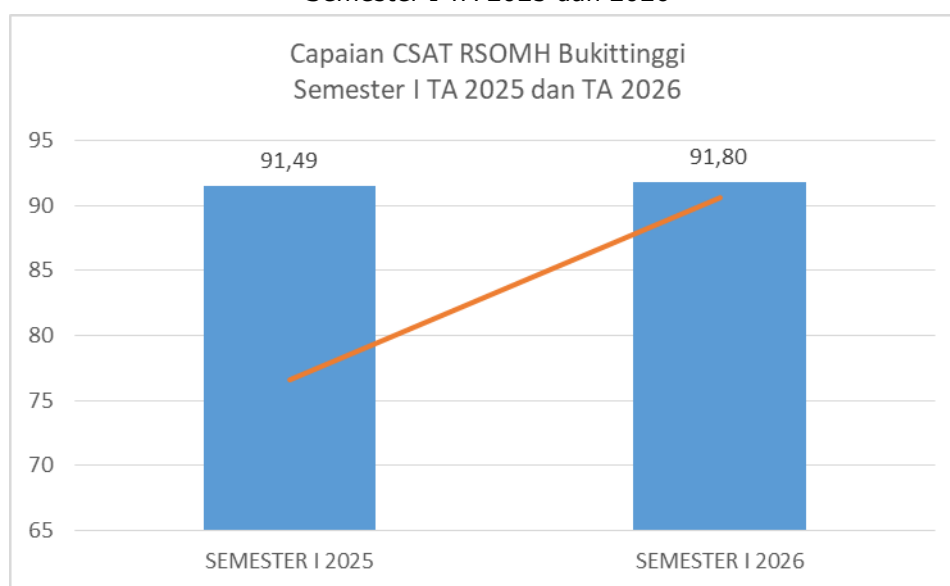
Tabel 11
Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Januari	90,64	92,11	101,62%
Februari	90,64	91,93	101,42%
Maret	90,64	90,12	99,43%
April	90,64	91,02	100,42%
Mei	90,64	93,70	103,38%
Juni	90,64	91,93	101,42%
Semester I	90,64	91,80	101,28%

Tabel 12
Realisasi CSAT Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	90,64	91,80	101,28%	Tercapai melebihi target

Diagram 5
Capaian Indikator CSAT
Semester I TA 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Berdasarkan tabel di atas, capaian Skor Kepuasan Pelanggan (Customer Satisfaction Score/CSAT) pada Semester I Tahun 2026 mencapai 91,80, sehingga termasuk dalam kategori Sangat Baik. Realisasi tersebut telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 90,60, dengan persentase capaian kinerja sebesar 101,28%. Hasil ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah mampu memenuhi bahkan melampaui harapan pengguna layanan. Apabila dibandingkan dengan periode yang sama pada Tahun 2025, capaian CSAT mengalami peningkatan dari 91,49 menjadi 91,80, atau meningkat sebesar 0,31 poin. Peningkatan ini mengindikasikan adanya perbaikan yang berkelanjutan dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, baik dari aspek mutu pelayanan, ketepatan pelayanan, komunikasi petugas, maupun kenyamanan sarana dan prasarana yang dirasakan oleh pasien dan keluarga.

Beberapa upaya peningkatan mutu pelayanan yang dilakukan secara berkesinambungan yang dilakukan oleh Rumah sakit Otak antara lain melalui, peningkatan kompetensi sumber daya manusia melalui pelatihan dan bimtek bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan baik yang diselenggarakan secara internal oleh rumah sakit maupun dengan mengirim SDM ke rumah sakit yang kompeten, pengembangan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, penguatan budaya pelayanan yang berorientasi pada pasien, perbaikan sarana dan prasarana, pengadaan

alat-alat kesehatan, serta tindak lanjut terhadap setiap masukan dan pengaduan sebagai dasar perbaikan layanan.

Dengan capaian tersebut, rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan bahkan terus meningkatkan kualitas pelayanan guna mewujudkan pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan dan kepuasan pasien.

Capaian tersebut sudah sejalan dengan amanat Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menegaskan bahwa setiap penyelenggara pelayanan kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan yang bermutu, aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

Dengan capaian yang telah melampaui target, rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan konsistensi kualitas pelayanan melalui monitoring kepuasan pelanggan secara berkala, tindak lanjut atas masukan dan keluhan pelanggan, serta penguatan budaya pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien, mutu layanan, dan kepuasan pelanggan.

Survei kepuasan pelanggan saat ini dilaksanakan secara internal oleh Tim Kerja Humas, sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Survei dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien pada layanan rawat jalan, rawat inap, dan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dengan menggunakan 9 unsur pelayanan, yaitu: 1) Persyaratan pelayanan; 2) Sistem, mekanisme, dan prosedur; 3) Waktu penyelesaian; 4) Biaya/tarif; 5) Produk spesifikasi jenis pelayanan; 6) Kompetensi pelaksana; 7) Perilaku pelaksana; 8) Penanganan pengaduan; dan 9) Sarana dan prasarana. Ketercapaian Skor Kepuasan Pelanggan di tunjang oleh beberapa kegiatan dari segi sarana dan prasarana dan kualitas layanan yang dilakukan diantaranya dengan memperbaiki fasilitas parkir dan secara berkala melakukan evaluasi ketersediaan ruang parkir sesuai zona kebutuhan parkir setiap bulan, melalui ketersediaan ruang terbuka hijau sehingga pasien merasa nyaman melalui ketersediaan Ketersediaan ruang tunggu pasien rawat jalan yang nyaman serta toilet khusus yang presentatif, Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD serta Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan.

Hasil Survey Kepuasan Masyarakat Semester I Tahun 2026 berdasarkan Nilai Rata- Rata Perunsur pada:

- IGD

Nilai tertinggi yaitu pada unsur Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan sebesar 3,81 dan Sarana dan Prasarana yaitu 3,75. Sedangkan rata-rata terendah berada pada unsur Kemudahan Prosedur sebesar 3,63. Hasil ini menunjukkan bahwa masyarakat menilai mekanisme penanganan pengaduan, saran, dan masukan di IGD telah berjalan dengan baik serta didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Upaya perbaikan diperlukan dalam hal penyederhanaan alur pelayanan dan kejelasan informasi.

- Rawat Jalan

Nilai tertinggi yaitu pada unsur Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan sebesar 3,90 dan Sarana dan Prasarana sebesar 3,81. Nilai rata-rata IKM terendah berada pada unsur Kemudahan Prosedur yaitu sebesar 3,66. Tingginya nilai pada unsur penanganan pengaduan menunjukkan bahwa respon dalam menerima dan menindaklanjuti masukan dari masyarakat sudah baik. Selain itu, sarana dan prasarana juga dinilai telah mendukung kenyamanan pelayanan. Meskipun demikian unsur kemudahan prosedur masih menjadi aspek dengan nilai terendah, yang menunjukkan perlunya evaluasi terhadap alur pelayanan, potensi penyederhanaan prosedur administrasi, serta peningkatan penyampaian informasi kepada pasien.

- Rawat Inap

Nilai tertinggi yaitu pada unsur Perilaku Petugas, yaitu sebesar 3,74, sedangkan nilai terendah pada unsur Kesesuaian Produk Pelayanan yaitu sebesar 3,38. Hasil tersebut menunjukkan bahwa petugas Rawat Inap dinilai telah memberikan pelayanan dengan sikap yang baik, ramah, dan profesional kepada pasien maupun keluarga. Unsur kesesuaian produk pelayanan memperoleh nilai terendah mengindikasikan masih adanya kesenjangan antara pelayanan yang diterima dengan harapan pasien/ keluarga. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi terhadap pemenuhan standar pelayanan dan konsistensi pelayanan.

Kendala yang dihadapi:

1. Masih ditemui keluhan terkait kemudahan prosedur/ kejelasan informasi layanan
2. Waktu Penyelesaian Pelayanan
 - Ketepatan waktu layanan belum optimal
 - Pasien yang berasal dari luar kota tiba sebelum waktu mulai pelayanan

Langkah Strategis

1. Memberikan informasi layanan kepada pasien secara jelas untuk mengurangi keluhan pasien
2. Menjaga optimalisasi dan konsistensi alur pelayanan cepat dan responsif, terutama pada jam sibuk
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap ketepatan waktu layanan

2) Sasaran Strategis 2: Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas

IKU: % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target

Definisi Operasional

Program pengampunan Rumah Sakit merupakan bagian dari transformasi layanan kesehatan dalam rangka upaya penguatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan Kementerian kesehatan. Pengampunan dimaksud adalah jumlah RS diampu pada pelayanan KJSU-KIA dengan pencapaian strata pengampunan minimal madya sesuai target layanannya dari jumlah RS yang harus diampu pada RSV yang menjadi pengampu pelayanan KJSU-KIA. Pengampu KJSU-KIA ditetapkan melalui Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/d/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Indikator ini ditujukan untuk RSV yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu regional mengacu pada Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/d/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Formula

Target pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu merupakan target satu tahun, dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah RS diampu pelayanan KJSU – KIA dengan pencapaian strata madya}}{\text{Jumlah RS yang seharusnya diampu}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

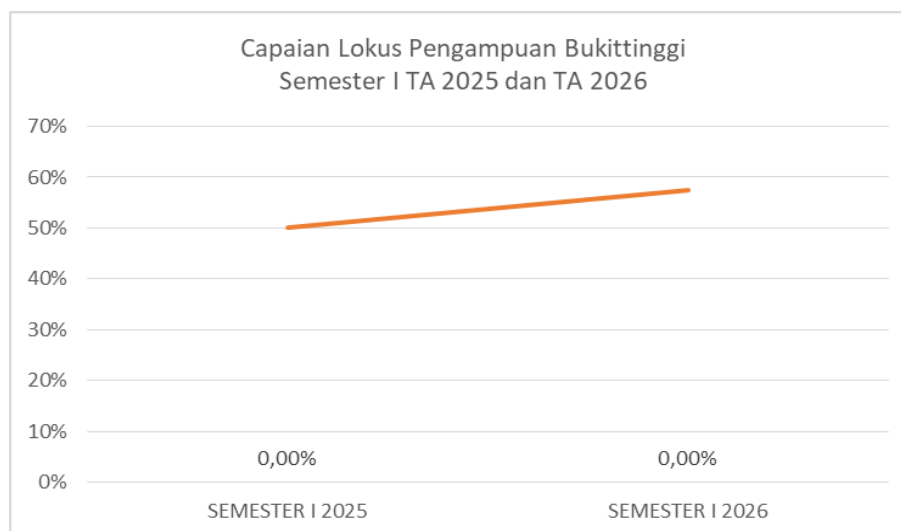
Tabel 13
Data Perhitungan Capaian % Pencapaian Lokus yang Diampu
Semester I Tahun 2026

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Semester I	57,5%	0%	0%

Tabel 14
Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	57,5%	0%	0%	Belum mencapai target

Diagram 6
Capaian Indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
Semester I TA 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian diatas menunjukkan bahwa capaian indikator Pencapaian Lokasi yang dikelola/ diampu belum tercapai sesuai target yaitu 57,5% pada semester I tahun 2026. Hal ini disebabkan karena berdasarkan definisi operasional, indikator ini diperuntukkan bagi Rumah Sakit Vertikal (RSV) yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu Regional sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/45486/2024 tentang

Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, serta Kesehatan Ibu dan Anak (KJSU-KIA).

Sesuai dengan definisi operasional tersebut, Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi tidak termasuk dalam rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit Pengampu, sehingga rumah sakit merasa tidak memiliki kewenangan maupun ruang lingkup dalam melaksanakan kegiatan yang mendasari pengukuran indikator dimaksud. Atas kondisi tersebut, indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ diampu Sesuai Target belum diimplementasikan maupun diukur pada Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi.

Namun indikator Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/diampu sesuai target sudah masuk kedalam Perjanjian Kinerja yang diperjanjikan oleh Direktur Utama dengan Dirjen Kesehatan Lanjutan, sehingga rumah sakit sedang dalam proses pengusulan untuk dilakukan revisi pada Perjanjian Kinerja Direktur Utama Tahun 2026.

Rumah Sakit otak dalam menjalankan tugas dan fungsinya tetap melakukan pembinaan jejaring pengampunan stroke terhadap rumah sakit–rumah sakit daerah melalui metode ECHO (*Extension for Community Healthcare Outcomes*) yaitu suatu program telementoring berbasis jejaring yang menggunakan teknologi untuk menciptakan lingkungan belajar yang multi arah dalam menyebarkan suatu tatalaksana pasien yang terbaik (*best practices*) melalui pembelajaran didactic dikombinasikan dengan presentasi kasus. Kegiatan ini merupakan kerja sama Kemenkes RI dengan Universitas of New Mexico melakukan kegiatan telementoring untuk peningkatan kompetensi SDM (dokter spesialis, dokter umum, perawat, dan rehabilitasi medik) dalam rangka menyukseskan program jejaring pelayanan dimanfaatkan oleh RS Otak M. Hatta Bukittinggi untuk melakukan pengampunan program di bidang neurologi khususnya neurointervensi.

Adapun rangkaian kegiatan yang sudah dilakukan saat ini adalah telah menyusun program kerja pengampunan program telementoring echo dan proses ikatan kerjasama dengan Rumah Sakit Umum Daerah Bukittinggi.

Kendala yang dihadapi:

Belum adanya kejelasan informasi terkait Definisi Operasional rumah sakit pengampunan, apakah RSOMH Bukittinggi masih perlu melaksanakan pengampunan sesuai dengan Perjanjian Kinerja yang sudah ditetapkan atau indikator ini hanya berlaku untuk rumah sakit yang ditunjuk saja.

Langkah Strategis

1. Mengajukan permohonan klarifikasi terkait definisi operasional dan posisi RSOMH sebagai rumah sakit pengampu

3) Sasaran Strategis 3: Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan penelitian yang berkesinambungan

IKU: % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian

Penyelenggaraan penelitian merupakan salah satu fungsi rumah sakit, terutama penelitian klinis, guna mengembangkan pelayanan. Penyelenggaraan penelitian juga akan memiliki dampak terhadap pendapatan rumah sakit dalam mendukung keberlangsungan penelitian serta pengembangan rumah sakit.

Definisi Operasional

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

Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya. RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit pendidikan satelit ditargetkan mendapatkan pendapatan penelitian sebesar 0,5% dari pendapatan operasional rumah sakit pada tahun 2026.

Formula

$$\frac{\text{Total pendapatan dari semua penelitian CRU}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Data capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian bersumber dari data pendapatan penelitian oleh Tim Kerja Penelitian yang kemudian dibandingkan dengan data pendapatan operasional oleh Tim Kerja Akuntansi dan BMN. Realisasi capaian % pendapatan penelitian pada Semester I tahun 2026 digambarkan dalam tabel berikut:

Tabel 15

Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan Semester I Tahun 2026

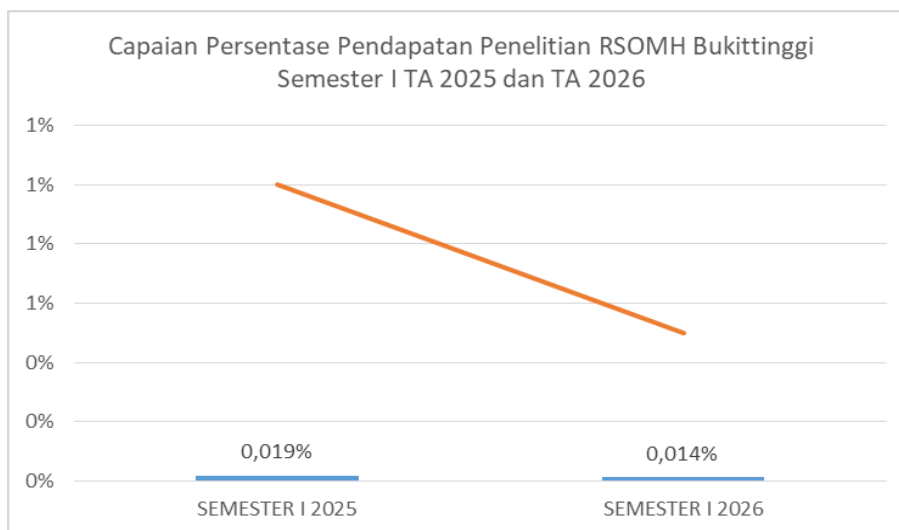
Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	B	c	d	e	f
Januari	1.355.000	15.580.870.213	0,5%	0,009%	1,74%
Februari	2.585.000	13.917.734.822	0,5%	0,019%	3,71%
Maret	1.895.000	14.210.784.730	0,5%	0,013%	2,67%
April	1.025.000	15.140.198.917	0,5%	0,007%	1,35%
Mei	3.340.000	13.867.937.046	0,5%	0,024%	4,82%
Juni	2.095.000	15.012.176.400	0,5%	0,014%	2,79%
Semester I	12.295.000	87.729.702.128	0,5%	0,014%	2,80%

Tabel 16

Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0,5%	0,014%	2,80%	Belum mencapai target

Diagram 7
Capaian Indikator % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
Semester I TA 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian persentase pendapatan yang diperoleh dari seluruh kegiatan penelitian pada tahun 2026 belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu baru sebesar 0,014% dari target 0,5% terhadap total pendapatan operasional atau sebesar Rp 12.295.000,- dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit sebesar Rp 87.729.702.128,-.

Pendapatan penelitian yang terealisasi saat ini masih bersumber terbatas pada kegiatan penelitian yang dilaksanakan di rumah sakit serta pengambilan data awal untuk penyusunan proposal penelitian oleh institusi pendidikan dan universitas. Belum optimalnya kontribusi pendapatan penelitian disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya; masih rendahnya volume penelitian yang dilakukan oleh pihak eksternal maupun SDM dengan menjadikan RSOMH sebagai lokus penelitian, sehingga Indikator ini memerlukan usaha dan komitmen yang cukup besar untuk bisa mencapai target 0,5% pada akhir tahun.

Langkah-langkah yang sudah dilakukan adalah:

1. Melakukan promosi di website dan media sosial rumah sakit
2. Melakukan himbauan kepada seluruh SDM rumah sakit terkait adanya beberapa tawaran untuk Visibility Studi dari CRO (Clinical Research organisasi) atau RS Vertikal untuk uji klinik, namun belum ada yang berminat dan kita juga sudah ada pendekatan pada karyawan yang biasa meneliti tapi dengan alasan kesibukan kerja tak bisa mengikuti
3. Melakukan sosialisasi kepada seluruh Institusi pendidikan yang ada di Sumatera
4. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap tahapan kegiatan yang sesuai dengan program kerja yang telah disusun

Kendala yang dihadapi:

1. Belum banyak institusi pendidikan atau lembaga penelitian yang memanfaatkan rumah sakit sebagai lokasi penelitian karena belum mengetahui RSOMH sebagai lahan penelitian

2. Kebijakan beberapa perguruan tinggi kesehatan mahasiswa untuk tugas akhir tidak dalam bentuk penelitian hanya berupa Tugas Akhir Studi Kasus yg dilaksanakan sewaktu praktek di bangsal
3. Hasil dari wawancara dengan beberapa dosen perguruan tinggi yang biasa melakukan penelitian dikarenakan adanya efisiensi anggaran biaya penelitian di Perguruan tinggi

Langkah Strategis

1. Meningkatkan kerja sama penelitian dengan institusi pendidikan, universitas, dan industri, khususnya untuk penelitian terkontrak dan uji klinis yang berpotensi menghasilkan pendapatan terutama kepada institusi yang masih mengutamakan penelitian sebagai syarat tugas akhir
2. Melakukan promosi aktif dan terintegrasi melalui media sosial serta website resmi Rumah Sakit, disertai diseminasi peluang penelitian kepada mitra strategis melalui kerja sama formal (MoU), penyelenggaraan seminar ilmiah, dan penguatan jejaring akademik guna meningkatkan minat dan partisipasi institusi eksternal dalam kegiatan penelitian di rumah sakit
3. Melakukan kegiatan promosi lainnya berupa: pemberian Pembekalan Tentang Penelitian dan Etik terhadap setiap Mahasiswa yang Praktek di RSOMH, sehingga para Mahasiswa tersebut tertarik untuk melakukan penelitian di RSOMH
4. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap capaian pendapatan penelitian sebagai bagian dari peningkatan pendapatan rumah sakit

4) Sasaran Strategis 4: Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal

IKU: % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan

Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) terintegrasi dengan Indonesia Health Services (IHS) merupakan suatu langkah strategis dalam rangka transformasi digital sistem kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan, meningkatkan efisiensi, kualitas pelayanan, dan keamanan data kesehatan di pada unit pelayanan. SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan di RSOMH Bukittinggi, yang wajib dilaksanakan setiap rumah sakit sesuai dengan Permenkes No. 82 Tahun 2013 adalah tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Definisi Operasional

- Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 pada Modul untuk pengembangan *Back Office*
- Pengukuran keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:
 - a) Persentase integrasi RME ke Satu Sehat (W: 20%)
Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) Satu Sehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat

- b) Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS (W: 20%)
- c) Persentase integrasi sistem *inventory* (W: 20%)
Sistem inventory sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan Inventori
- d) Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS (W: 20%)
Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan SDM/HRD
- e) Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS (W: 20%)
Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK

Formula

$$(\sum (A \times W) + (B \times W) + (C \times W) + (D \times W) + (E \times W))$$

Pengukuran Kinerja

Sumber data dari Laporan Instalasi SIRS, dengan capaian per bulan sebagai berikut:

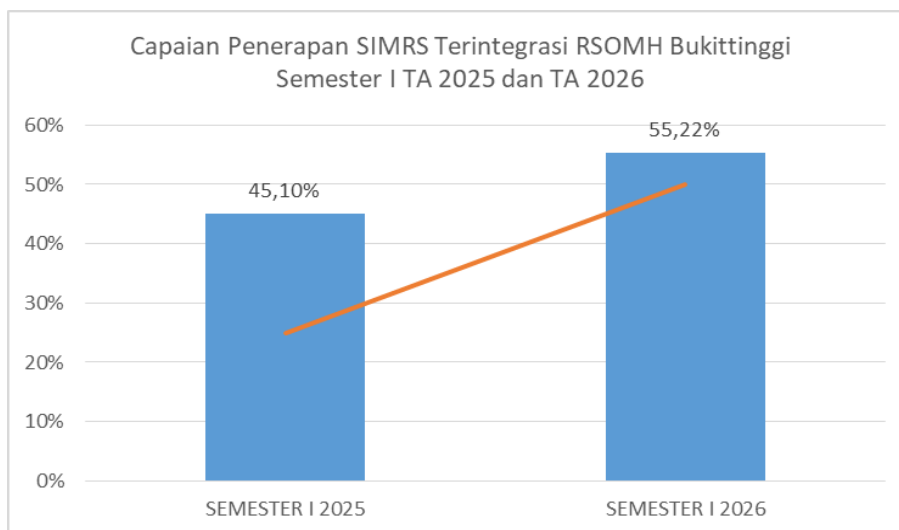
Tabel 17
Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	A	B	C	D	E	Target	Realisasi (avg b-f)	% Capaian (h/g)
a	b	c	d	e	f	g	h	i
Januari	100%	100%	30%	25%	1,11%	50%	51,22%	102,44%
Februari	100%	100%	50%	25%	1,11%	50%	55,22%	110,44%
Maret	100%	100%	50%	25%	1,11%	50%	55,22%	110,44%
April	100%	100%	50%	25%	1,11%	50%	55,22%	110,44%
Mei	100%	100%	50%	25%	1,11%	50%	55,22%	110,44%
Juni	100%	100%	50%	25%	1,11%	50%	55,22%	110,44%
Semester I						50%	55,22%	110,44%

Tabel 18
Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	50%	55,22%	110,44%	Tercapai melebihi target

Diagram 8
Capaian Indikator % penerapan IHS Terintegrasi untuk seluruh layanan
Semester I TA 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Berdasarkan hasil pengukuran kinerja pada Semester I Tahun 2026, indikator Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan telah mencapai 55,22%, melampaui target Semester I Tahun 2026 sebesar 50%, dengan tingkat capaian sebesar 110,44%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa implementasi transformasi digital di RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi berjalan sesuai dengan roadmap pengembangan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) yang terintegrasi, meskipun beberapa komponen masih dilaksanakan secara bertahap hingga tahun 2029.

Keberhasilan implementasi indikator ini didukung oleh optimalisasi integrasi berbagai sistem informasi pelayanan, administrasi, dan manajemen rumah sakit yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi proses bisnis rumah sakit, adapun capaian pada masing-masing komponen pengukuran implementasi IHS adalah sebagai berikut:

1. Integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) dengan Platform SATUSEHAT telah tercapai 100%. Seluruh sistem Rekam Medis Elektronik telah terintegrasi dengan platform SATUSEHAT sehingga seluruh data pelayanan pasien dapat dikirim, diperbarui, dan tervalidasi secara elektronik sesuai standar Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN). Capaian ini mendukung implementasi transformasi digital kesehatan nasional melalui penyediaan data kesehatan yang terintegrasi, akurat, dan berkesinambungan.
2. Integrasi Pendaftaran Online Rumah Sakit dengan Antrean BPJS Kesehatan juga telah mencapai 100%. Seluruh proses pendaftaran pasien telah memanfaatkan sistem pendaftaran online melalui website rumah sakit maupun aplikasi My Hatta, yang telah terintegrasi dengan sistem antrean BPJS Kesehatan. Implementasi ini memberikan kemudahan akses pelayanan, mempercepat proses registrasi, mengurangi waktu tunggu pasien, serta meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
3. Integrasi Sistem Inventory dengan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan Inventori, telah mencapai 50%. Implementasi ini bertujuan untuk menyediakan data persediaan yang akurat dan terintegrasi sehingga memudahkan dalam

pemantauan stok secara real time, meningkatkan efektivitas pengendalian logistik, mempercepat penyusunan laporan inventori, sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan dalam perencanaan kebutuhan dan pengelolaan persediaan rumah sakit. Hingga Semester I Tahun 2026, pengembangan sistem inventory telah mencakup aplikasi persediaan gudang umum, aplikasi persediaan instalasi gizi, dan aplikasi persediaan farmasi. Aplikasi persediaan gudang umum telah berfungsi dengan baik dan mendukung proses pengelolaan persediaan secara lebih efektif. Sementara itu, aplikasi persediaan instalasi gizi telah diimplementasikan, namun masih memerlukan beberapa penyempurnaan, khususnya dalam optimalisasi fitur serta peningkatan komitmen pengguna terhadap ketepatan dan konsistensi penginputan data. Adapun aplikasi persediaan farmasi telah selesai dikembangkan, namun masih memerlukan tahap implementasi, penyempurnaan proses integrasi dengan sistem lain, serta optimalisasi pemanfaatannya agar dapat berjalan secara optimal.

4. Integrasi Human Resources Information System (HRIS) dengan sistem informasi rumah sakit telah mencapai 25%, dimana sistem HRIS masih dalam proses integrasi dengan sistem remunerasi dalam memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/ pelayanan yang diberikan yang nantinya dapat mulai menerapkan modul Back Office ERP untuk pelaporan sumber daya manusia. Penyempurnaan integrasi seluruh proses administrasi kepegawaian direncanakan selesai pada tahun 2027, sehingga mampu mendukung pengelolaan SDM yang lebih efektif, transparan, dan berbasis digital.
5. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS, merupakan Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAKTI, baru terlaksana sebesar 1,11%, kegiatan ini akan dilaksanakan pada tahun 2028 dan 2029, sehingga diharapkan pada tahun 2029 implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi tercapai 100%

Kendala yang dihadapi:

1. Dalam proses penyempurnaan aplikasi, masih terdapat beberapa kendala yaitu masih adanya kebutuhan kebutuhan menu yang diharapkan baik oleh user dan perlunya penguatan alur bagi tim SIRS, serta belum optimalnya kepatuhan user pengguna aplikasi dalam pengimputan data tepat waktu
2. Optimalisasi kepatuhan pengguna aplikasi/user dalam pelaksanaan pengimputan data tepat waktu untuk aplikasi yang sudah dikembangkan

Langkah Strategis

1. Melakukan rapat koordinasi yang intensif dalam rangka penyempurnaan menu sesuai kebutuhan dengan user terkait dengan Tim SIRS
2. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dari manajemen secara rutin, terkait tahapan dan proses penyempurnaan aplikasi dan kepatuhan dalam pengimputan data bagi unit terkait/ user

5) Sasaran Strategis 5: Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel

IKU: Skor BLU Maturity Rating

Tingkat Maturitas BLU mengukur seluruh aspek tata kelola organisasi secara komprehensif dan end-to-end yang bersifat dinamis yang terdiri dari aspek keuangan, aspek pelayanan, aspek kapabilitas internal, aspek kepemimpinan, aspek inovasi, dan aspek lingkungan. Penilaian tingkat maturitas tata kelola dan kinerja Badan Layanan Umum (BLU) dilakukan melalui pendekatan berlapis yang terdiri atas penilaian secara internal oleh pihak BLU melalui self-assessment dan penilaian lanjutan oleh Direktorat PPK-BLU sesuai dengan Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021.

Terdapat 2 (dua) metode yang digunakan untuk mengukur maturitas BLU yaitu serta Result-Based dan Process-Based dengan 5 level maturitas dimana masing-masing level memiliki basis kriteria yang berlaku secara universal untuk seluruh aspek dan indikator penilaian. Penilaian Berbasis Hasil (*Result-Based*) dilakukan pada indikator-indikator Keuangan dan Pelayanan, dimana data berupa angka diinput dan diformulasikan menjadi nilai secara otomatis. Untuk indikator lainnya, dilakukan penilaian Berbasis Proses (*Process-Based*) melalui pemilihan kriteria pada setiap level yang dirasa sudah dipenuhi disertai dengan dokumen pendukung sebagai bukti.

Definisi Operasional

Dalam mengukur BLU Maturity Rating merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU Service and Governance Maturity Rating (BLUSmart) adalah *Result Based* dan *Process Based* dan capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU. Target yang ditetapkan untuk RSOMH pada tahun 2025 adalah untuk *Maturity Rating* 2024 yaitu pada level 3.

Formula

$$\text{Total Skor} = \text{Bobot} \times \text{Capaian Maturitas}$$

Pengukuran Kinerja

Penilaian skor *Maturity Rating* dilakukan pada aplikasi BIOS (BLU *Integrated Online System*) milik Kementerian Keuangan. Sumber data penilaian berasal dari seluruh unit terkait di rumah sakit. Seluruh indikator memerlukan dokumen pendukung yang diunggah ke dalam aplikasi BIOS yang kemudian akan menghasilkan nilai sesuai levelnya. Untuk indikator berbasis hasil diperlukan pula data capaian yang diinput langsung ke dalam aplikasi BIOS yang akan dihitung dengan formula secara otomatis dan menghasilkan nilai/ skor indikator tersebut.

Sesuai Surat Direktur PPK-BLU No. S-48/PB.5/2026 tanggal 12 Maret 2026 hal Penundaan Pelaksanaan *Self-Assessment* BLU SMART bahwa sebanyak 304 BLU yang telah memiliki rating maturitas pada tahun 2025 (BLU lama), termasuk di dalamnya RSOMH Bukittinggi, tidak diwajibkan untuk melakukan *self-assessment* pada tahun 2026 dalam rangka penilaian maturitas atas kinerja tahun 2025. Dengan demikian skor Maturity Rating yang digunakan untuk capaian kinerja adalah skor penilaian 2025 (TA 2024).

Tabel 19
Rincian Skor Self Assessment Maturity Rating TA 2024

Indikator	Self Assessment Operator	Approval	Verifikasi Kanwil	Nilai Akhir PPK-BLU
Keuangan (20%)				
Likuiditas	1,25	✓	✓	1,25
Efisiensi	3,75	✓	✓	3,75
Efektivitas	1,00	✓	✓	1,00
Tingkat Kemandirian	2,75	✓	✓	2,75
Pelayanan (25%)				
Indeks Kepuasan Masyarakat	4,00	✓	✓	4,00
Efisiensi Waktu Pelayanan	4,00	✓	✓	4,00
Sistem Pengaduan Layanan	5,00	✓	✓	5,00
Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan	5,00	✓	✓	5,00
Kapabilitas Internal (20%)				
Sumber Daya Manusia	5,00	✓	✓	4,00
Proses Bisnis	4,00	✓	✓	4,00
Teknologi	4,00	✓	✓	3,00
Customer Focus	5,00	✓	✓	3,00
Tata Kelola dan Kepemimpinan (20%)				
Perencanaan Strategis	5,00	✓	✓	4,00
Etika Bisnis	4,00	✓	✓	3,00
Stakeholder's Relationship	5,00	✓	✓	3,00
Manajemen Risiko	4,00	✓	✓	3,00
Pengawasan dan Pengendalian	4,00	✓	✓	4,00
Inovasi (10%)				
Keterlibatan Pengguna Jasa	4,00	✓	✓	3,00
Proses Inovasi	3,00	✓	✓	3,00
Manajemen Pengetahuan	4,00	✓	✓	3,00
Manajemen Perubahan	4,00	✓	✓	3,00
Lingkungan (5%)				
Environmental Footprint Management	5,00	✓	✓	4,00
Penggunaan Sumber Daya	5,00	✓	✓	4,00
SKOR	3,97	3,97	3,97	3,44

Tabel 20
Realisasi Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3 (3,44)	114,67%	Tercapai sesuai target

Diagram 9
Skor Maturity Rating per Aspek
Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)

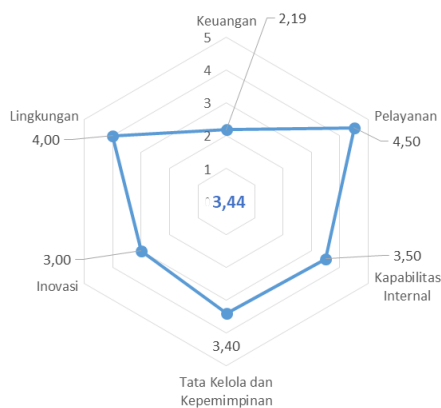
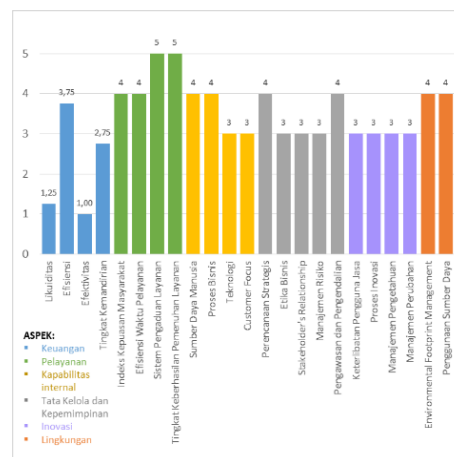


Diagram 10
Skor Maturity Rating per Indikator
Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian Maturity Rating RSOMH Bukittinggi saat ini masih memakai nilai Maturity Rating tahun 2024 yang penilaiannya dilakukan pada semester I tahun 2025, dengan skor 3,34 atau tingkat maturitas berada pada Level 3 (Defined), sudah mencapai target yang ditetapkan untuk tahun 2026. Penilaian Maturity rating untuk TA 2025 belum terlaksana, capaian yang disampaikan adalah capaian Maturity rating TA 2024, hal ini dikarenakan adanya pembaharuan regulasi yang belum terbit dari PPK BLU terkait struktur dan tata cara penilaian pada aplikasi BIOS, meskipun demikian data dukung sesuai dengan PMK Nomor 202/PMK.05/2022 dan PER-11/PB/2021 sudah dalam proses pengumpulan data dukung.

Kendala yang dihadapi:

1. Pengumpulan data dukung belum optimal menunggu regulasi baru dari PPK BLU
2. Belum terbitnya regulasi baru dari PPK BLU

Langkah Strategis

Optimalisasi pengumpulan data sesuai dengan aspek penilaian pada PMK Nomor 202/PMK.05/2022 dan PER-11/PB/2021.

6) Sasaran Strategis 6: Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien

IKU: Bed Occupancy Rate (BOR)

Definisi Operasional

Bed Occupancy Rate (BOR) rumah sakit merupakan analisis untuk mengukur tingkat pemanfaatan tempat tidur di rumah sakit, yang bertujuan untuk mengevaluasi efisiensi penggunaan tempat tidur serta memberikan gambaran tentang kinerja rumah sakit dalam memberikan pelayanan rawat inap. Definisi Operasional dari indikator BOR (*Bed Occupancy Rate*)

adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Target yang ditetapkan untuk tahun 2025 adalah sebesar 70%.

Formula

$$\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Pengukuran capaian BOR dilakukan dengan data hari rawatan dan jumlah tempat tidur yang berasal dari Laporan Instalasi Rekam Medik, dengan rincian perhitungan sebagai berikut:

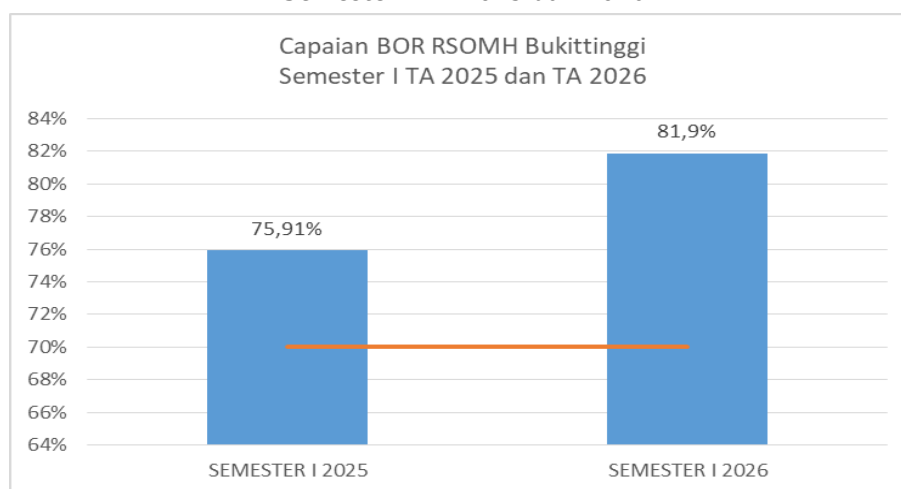
Tabel 21
Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Hari Rawatan	Jumlah Hari	Jumlah TT	Target	Realisasi (b/(cxd))	% Capaian (f/e)
a	b	c	d	e	f	g
Januari	4.055	31	156	70%	83,9%	119,79%
Februari	3.612	28	156	70%	82,7%	118,13%
Maret	3.590	31	160	70%	72,4%	103,40%
April	4049	30	160	70%	84,4%	120,51%
Mei	4055	31	160	70%	81,8%	116,79%
Juni	4140	30	160	70%	86,3%	123,21%
Semester I				70%	81,9%	116,97%

Tabel 22
Realisasi BOR Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	81,9%	116,97%	Tercapai melebihi target

Diagram 11
Capaian Indikator BOR
Semester I TA 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi kinerja indikator Bed Occupancy Rate (BOR) pada Semester I Tahun 2026 mencapai 81,9%, melampaui target yang ditetapkan sebesar 70%, dengan tingkat capaian kinerja sebesar 116,97%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pemanfaatan tempat tidur di RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah berjalan dengan baik dan berada dalam rentang ideal standar Kementerian Kesehatan, yaitu 60%–85%. Rentang tersebut mencerminkan keseimbangan antara optimalisasi pemanfaatan kapasitas tempat tidur dengan tetap menjaga mutu dan kesinambungan pelayanan kepada pasien.

Berdasarkan hasil pemantauan capaian bulanan, terjadi penurunan nilai BOR pada bulan Maret menjadi 72,4%. Kondisi ini dipengaruhi oleh periode bulan Ramadhan dan Hari Raya Idul Fitri yang disertai dengan libur nasional, sehingga jumlah kunjungan pasien, khususnya pelayanan elektif, mengalami penurunan. Penurunan tersebut merupakan kondisi musiman yang umum terjadi dan tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap capaian kinerja secara keseluruhan. Sehingga memasuki bulan-bulan berikutnya, nilai BOR kembali mengalami peningkatan seiring normalnya aktivitas pelayanan rumah sakit, sehingga capaian Semester I tetap berada di atas target yang telah ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit mampu menjaga tingkat pemanfaatan tempat tidur secara optimal meskipun sempat menghadapi fluktuasi kunjungan pasien pada periode tertentu.

Meskipun indikator BOR telah melampaui target, rumah sakit tetap perlu melakukan optimalisasi pengelolaan kapasitas tempat tidur dengan mempertahankan BOR pada kisaran 80%. Tingkat BOR tersebut dinilai lebih optimal karena mampu menjaga keseimbangan antara ketersediaan tempat tidur, kelancaran pelayanan pasien, serta mendukung peningkatan pendapatan rumah sakit tanpa mengurangi kualitas dan keselamatan pelayanan yang diberikan.

Beberapa hal yang mendorong tercapainya pemakaian tempat tidur melebihi target diantaranya:

1. Optimalisasi layanan yang sudah ada dengan melakukan promosi layanan secara masif dan aktif melalui berbagai media sosial yang dimiliki RSOMH, maupun melalui kegiatan-kegiatan yang melibatkan stakeholder seperti: sosialisasi layanan unggulan dengan mengundang wakil walikota beserta jajaran, wartawan dan para tokoh
2. Peningkatan mutu pelayanan dengan fasilitas lengkap serta tenaga medis profesional sesuai dengan kebutuhan pelayanan
3. Brand image yang bagus untuk pelayanan RSOMH Bukittinggi
4. Bertambahnya layanan baru

Kendala yang dihadapi:

1. Ketidakseimbangan distribusi pasien antar unit perawatan disebabkan adanya ruang rawatan tertentu yang tidak bisa digabung (pasien infeksi, anak dan kebidanan, pemisahan berdasarkan jenis kelamin) sehingga terjadi *waiting list* IGD untuk masuk ke rawat inap
2. Koordinasi antar unit belum optimal
3. Ruang rawat inap yang tidak bisa difungsikan karena proses pemeliharaan

Langkah Strategis

1. Evaluasi sebaran tempat tidur antar unit
2. Meningkatkan koordinasi dan monitoring evaluasi ketersediaan tempat tidur

3. Melakukan pengecekan rutin sehingga tidak ada permasalahan terkait ruang rawat inap pasien
4. Melakukan monitoring dan evaluasi BOR secara berkala agar utilisasi tempat tidur tetap berada dalam rentang sesuai standar sekitar 80%, dengan tidak mengurangi mutu dan keselamatan pelayanan

7) Sasaran Strategis 7: Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten

IKU: Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

HAIs (Healthcare-Associated Infections) atau Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan di rumah sakit bertujuan untuk mencegah dan mengendalikan infeksi yang didapat pasien selama dirawat di rumah sakit. Pelaksanaan pengendalian HAIs di RSOMH merupakan program dari Komite PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, petugas, dan pengunjung rumah sakit selama pasien dirawat, dengan cara menciptakan lingkungan yang lebih aman dan sehat bagi pasien dan petugas kesehatan, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara berkelanjutan. Data HAIs bersumber dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Kajian HAIs meliputi surveilans (pengawasan), identifikasi masalah, dan penerapan tindakan pencegahan untuk mengurangi risiko infeksi dalam rangka menjamin keselamatan pasien.

Formula

Sesuai Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/680/2026 Tentang Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, indikator HAIs mengalami perubahan pada cara penghitungan capaian yang semula dihitung per indikator, menjadi Penurunan Angka Kejadian Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan (ITPK)/ Healthcare Associated Infections (HAIs) dengan baseline/data dasar penghitungan penurunan ITPK/HAIs tahun 2026 merujuk pada data HAIs TW1 tahun 2026.

$$\frac{\text{Jumlah jenis kasus ITPK / HAIs yang menurun} \geq 10\%}{4 \text{ jenis kasus HAIs}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Indikator HAIs yang diukur dalam pengendalian infeksi di rumah sakit adalah sebagai berikut:

CAUTI

Definisi operasional CAUTI (*Catheter-Associated Urinary Tract Infection*) adalah Infeksi Saluran Kemih (ISK) pasien yang terpasang kateter urine selama >2 hari berturut-turut (>2 *consecutive days*). Dimana hari saat pemasangan kateter dihitung sebagai hari pertama, dan pada saat terjadi ISK kateter masih terpasang atau telah dilepas 1 hari sebelumnya, serta diikuti tanda dan gejala infeksi.

Formula pengukuran indikator CAUTI:

$$CAUTI = \frac{\text{Jumlah kasus CAUTI}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap}} \times 1.000 \text{ catheter urinary} - \text{days}$$

Tabel 23
Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	269	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	263	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	252	<1,0‰	0,00‰	100%
TW I (<i>Baseline</i>)	0	784	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	252	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	297	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	380	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester I	0	1.713	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilens CAUTI yang dikumpulkan dari seluruh unit rawat inap menunjukkan bahwa angka kejadian CAUTI pada Semester I tahun 2026 adalah dari 1.713 total hari pemasangan cateter pasien rawat inap yang dilakukan pemasangan kateter, tidak ada (0) kasus untuk kejadian CAUTI per 1000 hari. Tidak adanya (0) kasus pada kejadian CAUTI, menggambarkan bahwa RSOMH, dalam hal ini Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), memiliki komitmen yang sangat tinggi dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mencegah komplikasi akibat CAUTI. Hal ini didasari karena RSOMH merupakan rumah sakit khusus dengan pelayanan Otak dan Saraf sehingga sebagian besar pasien yang dirawat adalah pasien yang membutuhkan pemasangan kateter, sehingga berisiko terjadinya CAUTI. Standar CAUTI yang dilakukan yaitu dengan Kepatuhan dalam penerapan standar dan protokol yang tepat, seperti:

- Selalu menjalankan Prinsip Kewaspadaan Standar
- Memperhatikan Penggunaan Kateter yang Rasional
- Patuh dalam Penggunaan Bundles CAUTI

VAP

VAP (*Ventilator-Associated Pneumonia*) adalah infeksi paru-paru (pneumonia) yang terjadi pada pasien yang menggunakan ventilator mekanik (alat bantu napas) lebih dari 48 jam. VAP merupakan jenis infeksi nosokomial, yang berarti infeksi yang didapat di fasilitas kesehatan. VAP merupakan masalah serius di rumah sakit karena dapat menyebabkan peningkatan morbiditas (tingkat kesakitan), mortalitas (tingkat kematian), dan biaya perawatan.

Definisi operasional dari *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) di rumah sakit adalah pneumonia nosokomial yang terjadi pada pasien yang terpasang ventilasi mekanik lebih dari 48 jam, yang sebelumnya tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi saluran nafas, dan tidak dalam masa inkubasi, dengan formula:

$$VAP = \frac{\text{Jumlah kasus VAP}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian ventilator}} \times 1.000 \text{ ventilator days}$$

Tabel 24
Data Perhitungan Capaian VAP per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	131	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	132	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	132	<1,0‰	0,00‰	100%
TW I (<i>Baseline</i>)	0	395	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	132	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	155	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	123	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester I	0	805	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilans VAP menunjukkan bahwa angka kejadian VAP pada semester I tahun 2026 dari 805 total hari pasien dengan pemakaian ventilator tidak ada (0) kasus untuk kejadian VAP akibat pemakaian ventilator per 1000 hari. Hal ini menggambarkan bahwa RSOMH dalam hal ini Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) memiliki komitmen yang sangat tinggi dalam meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mencegah komplikasi akibat VAP.

CLABSI

CLABSI (*Central Line-Associated Bloodstream Infection*) adalah infeksi aliran darah yang terkait dengan penggunaan kateter intravena sentral (CVC) di rumah sakit. CLABSI merupakan jenis infeksi nosokomial yang sering terjadi dan dapat dicegah. Infeksi ini terjadi ketika bakteri atau jamur masuk ke aliran darah melalui kateter, menyebabkan infeksi yang serius. Definisi ini mencakup kriteria spesifik terkait waktu pemasangan kateter, hasil kultur darah, dan tanda serta gejala infeksi. Definisi operasional CLABSI (*Central Line-Associated Bloodstream Infection*) di rumah sakit adalah infeksi aliran darah primer yang terjadi pada pasien yang memiliki kateter intravena sentral (CVC) terpasang, dengan formula:

$$CLABSI = \frac{\text{Jumlah kasus CLABSI}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral}} \times 1.000 \text{ central - days}$$

Tabel 25
Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	94	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	84	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	103	<1,0‰	0,00‰	100%
TW I (<i>Baseline</i>)	0	281	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	103	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	98	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	101	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester I	0	583	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilans CLABSI menunjukkan bahwa angka kejadian CLABSI pada Semester I tahun 2026 adalah 100%, tercapai dengan sangat baik, dengan penjelasan dari 583 total hari pemakaian kateter vena central yang digunakan pada pasien di ruangan ICU RSOMH per 1000 hari, tidak ada (0) angka kejadian CLABSI atau infeksi pada aliran darah karena penggunaan kateter intravena sentral (CVC), dimana target yang ditetapkan adalah <1,0‰. Hal ini menggambarkan keberhasilan RSOMH terutama Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dalam pelaksanaan program pengendalian dan pencegahan kejadian infeksi pada aliran darah karena penggunaan kateter intravena sentral (CVC). Dengan mengendalikan CLABSI, RSOMH dapat meningkatkan keselamatan pasien, menjaga kualitas pelayanan serta memenuhi standar akreditasi. Komitmen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan Standar CLABSI yang dilakukan yaitu dengan kepatuhan dalam penerapan standar dan protokol yang tepat.

SSI

SSI (*Surgical Site Infection*) disebut juga Infeksi Daerah Operasi (IDO) adalah infeksi yang terjadi pada area tubuh tempat dilakukannya operasi terhadap luka bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi atau inflamasi serta tidak menembus saluran nafas, saluran cerna dan saluran urogenital.

Definisi operasional dari indikator SSI (*Surgical Site Infection*) adalah infeksi yang terjadi pada daerah insisi dalam 30 hari pasca pembedahan (hari saat operasi dihitung sebagai hari ke-1) dan memenuhi minimal 1 (satu) dari kriteria berikut: keluar pus pada luka operasi, hasil kultur pada spesimen cairan yang keluar dari luka menunjukkan adanya mikroorganisme, terdapatnya salah satu tanda-tanda demam, nyeri, bengkak, hangat lokal dan kemerahan. SSI (*Surgical Site Infection*) merupakan komplikasi utama operasi yang dapat meningkatkan morbiditas (tingkat kesakitan), biaya perawatan, dan bahkan mortalitas (angka kematian) pasien.

Formula perhitungan:

$$SSI = \frac{\text{Jumlah kasus SSI (Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang))}}{\text{Jumlah tindakan operasi}} \times 100\%$$

Tabel 26
Data Perhitungan Capaian SSI per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	31	<1,0%	0,00%	100%
Februari	0	37	<1,0%	0,00%	100%
Maret	0	25	<1,0%	0,00%	100%
TW I (<i>Baseline</i>)	0	93	<1,0%	0,00%	100%
April	0	25	<1,0%	0,00%	100%
Mei	0	35	<1,0%	0,00%	100%
Juni	0	28	<1,0%	0,00%	100%
Semester I	0	181	<1,0%	0%	100%

Dari hasil surveilans SSI (Surgical Site Infection) menunjukkan bahwa angka kejadian SSI pada semester I tahun 2026 tercapai 100%, dengan penjelasan dari 181 total keseluruhan tindakan operasi tidak terdapat kejadian infeksi pada tindakan luka operasi sehingga realisasinya adalah 0%, dengan target <1,0% capaiannya adalah 100%. Hal ini menggambarkan keberhasilan RSOMH terutama Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dalam pelaksanaan program pengendalian dan pencegahan kejadian SSI (Surgical Site Infection), sehingga dengan terkendalinya infeksi pada daerah luka operasi, maka dapat terlihat komitmen RSOMH dalam menjamin memberikan pelayanan sesuai standar sehingga komitmen rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pelayanan Standar SSI (Surgical Site Infection) yang dilakukan yaitu dengan kepatuhan dalam penerapan standar dan protokol yang tepat.

Secara keseluruhan, capaian indikator HAIs Rates dapat dirangkum pada tabel dan diagram di bawah ini:

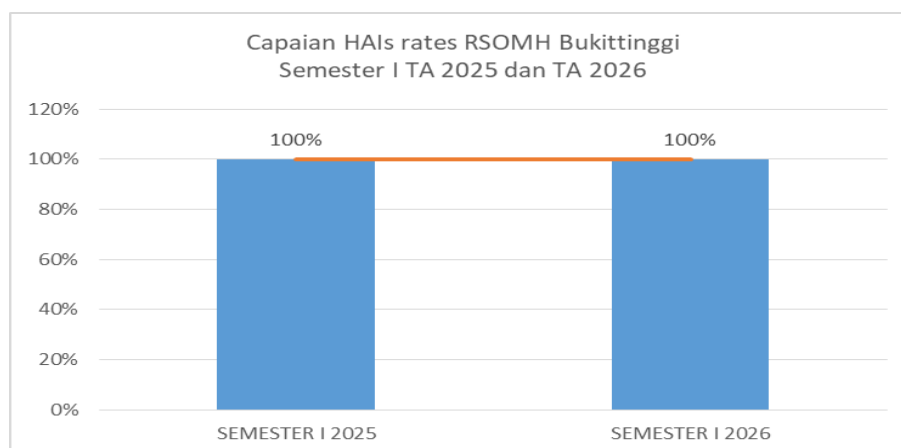
Tabel 27
Perbandingan Baseline TW I dengan Realiasi Semester I TA 2026

INDIKATOR HAIs	BASLINE (REALISASI TW I)	REALISASI SEMESTER I	TERJADI PENURUNAN (Y/T)
CAUTI	0,00 ‰	0,00 ‰	Y
VAP	0,00 ‰	0,00 ‰	Y
CLABSI	0,00 ‰	0,00 ‰	Y
SSI	0,00 %	0,00%	Y

Tabel 28
Realisasi HAIs Rates Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Penurunan angka ITPK/ HAIs	100%	100%	100%	Tercapai sesuai target

Diagram 12
Capaian Indikator HAIs Rates
Semester I TA 2025 dan 2026



Hal-hal yang dilakukan untuk mempertahankan capaian HAIs rates antara lain:

1. Selalu menjalankan Prinsip Kewaspadaan Standar
2. Memperhatikan Penggunaan
3. Patuh dalam Penggunaan Bundles

Masih terdapat hambatan dalam penerapan standar HAIs, yaitu:

1. Masih adanya beberapa staf medis yang perlu dimonitoring kepatuhannya dalam pelaksanaan standar HAIs

Langkah Strategis

1. Selalu melakukan perbaikan meliputi peningkatan edukasi, audit rutin, dan optimalisasi penggunaan alat pelindung diri
2. Mengidentifikasi faktor-faktor risiko pasien yang berkontribusi terhadap kejadian HAIs. Misalnya, "Faktor risiko yang teridentifikasi termasuk usia lanjut, penyakit penyerta (seperti diabetes), dan lama rawat inap".
3. Melakukan pelatihan dan sosialisasi terkait HAIs

IKU: % standar klinis yang tercapai

Sasaran strategis terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten adalah untuk memastikan bahwa layanan klinis yang diberikan kepada pasien memenuhi standar kualitas yang tinggi dan terus-menerus ditingkatkan. Ini mencakup berbagai aspek seperti peningkatan kualitas sumber daya manusia, penerapan standar klinis yang terstandarisasi, dan peningkatan efisiensi dalam proses pelayanan.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melaksanakan program layanan prioritas penyakit KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi), dimana salah satu pilarnya adalah Transformasi Layanan Rujukan, yaitu perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit serta layanan penyakit prioritas nasional.

Analisis kajian standar klinis adalah proses yang berkelanjutan untuk memastikan rumah sakit memberikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien. Dengan melakukan analisis secara berkala, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dan mengambil tindakan perbaikan yang tepat. Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh rumah sakit.

Definisi Operasional

RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit khusus otak dan saraf, maka indikator yang diukur adalah terkait layanan stroke. Terdapat 2 (dua) indikator klinis yang dipilih untuk tahun 2026, yaitu:

1. Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
Definisi operasional: pasien stroke iskemik yang telah dilakukan CT scan dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam mendapatkan terapi trombolisis intravena dengan rTPA
Formula: (Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi trombolisis ÷ Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam) x 100%
2. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
Definisi operasional: Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil
Formula: (Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup ÷ Seluruh pasien stroke iskemik) x 100%

Pengukuran Kinerja

Data pengukuran kinerja capaian standar klinis bersumber dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Medik dan Instalasi Rekam Medik (Direktorat Medik dan Keperawatan). Rincian perhitungan sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 29
Data Perhitungan Capaian Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam
Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	8	8	80%	100%	125%
Februari	3	3	80%	100%	125%
Maret	7	7	80%	100%	125%
April	2	2	80%	100%	125%
Mei	6	6	80%	100%	125%
Juni	3	3	80%	100%	125%
Semester I	29	29	80%	100%	125%

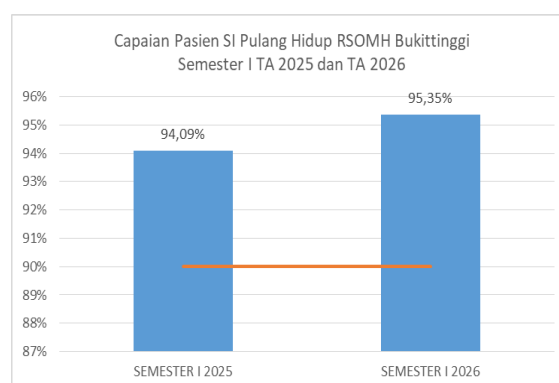
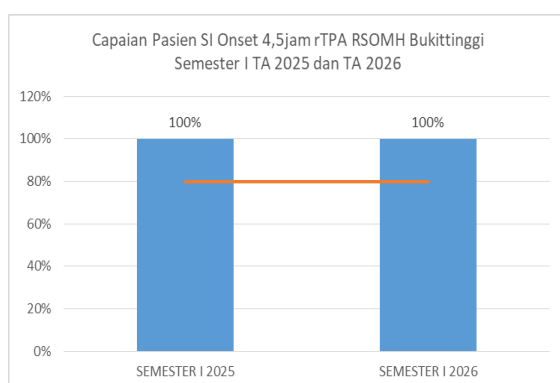
Tabel 30
Data Perhitungan Capaian Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	414	430	90%	96,28%	106,98%
Februari	372	387	90%	96,12%	106,80%
Maret	386	406	90%	95,07%	105,64%
April	365	391	90%	93,35%	103,72%
Mei	380	399	90%	95,24%	105,82%
Juni	387	403	90%	96,03%	106,70%
Semester I			90%	95,35%	105,94%

Tabel 31
Realisasi standar klinis yang tercapai Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	80%	100%	125%	Tercapai melebihi target
Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	90%	95,35%	105,94%	Tercapai melebihi target

Diagram 13
Capaian Indikator % Standar Klinis Tercapai Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan onset $\leq 4,5$ jam yang memperoleh terapi sesuai indikasi mencapai 100%, melampaui target yang ditetapkan sebesar $\geq 80\%$. Capaian tersebut menunjukkan bahwa seluruh pasien stroke iskemik yang datang dalam periode golden period dan memenuhi indikasi klinis telah memperoleh terapi sesuai standar pelayanan yang berlaku. Hal ini mencerminkan bahwa pelayanan kegawatdaruratan stroke di RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah dilaksanakan secara cepat, tepat, terstandar, dan sesuai dengan pedoman praktik klinis, sehingga mendukung peningkatan luaran klinis pasien serta menurunkan risiko kecacatan dan kematian akibat stroke.

Keberhasilan pencapaian indikator ini mendukung terwujudnya sasaran strategis rumah sakit, yaitu meningkatnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten. Sasaran tersebut diarahkan untuk memastikan bahwa setiap pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien memenuhi standar mutu yang tinggi melalui peningkatan kompetensi sumber daya manusia, penerapan standar pelayanan klinis berbasis bukti (evidence-based practice), penyediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta penguatan koordinasi multidisiplin dalam tata laksana pasien stroke. Upaya tersebut berkontribusi terhadap terciptanya pelayanan yang efektif, efisien, aman, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Hambatan

Keterlambatan datang ke RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi sehingga golden period telah lewat, mengingat pasien yang datang dengan kegawat daruratan stroke tidak hanya dari Sumatera barat, melainkan juga dari provinsi tetangga.

Langkah Strategis

Melakukan edukasi kepada rumah sakit-rumah sakit daerah melalui pembinaan jejaring pengampunan untuk memperhatikan *golden periode* setiap pasien yang dirujuk.

8) Sasaran Strategis 8: Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan

IKU: % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Pendapatan non-JKN di rumah sakit adalah pendapatan yang diperoleh dari pasien yang tidak menggunakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Saat ini mayoritas rumah sakit sangat bergantung pada pendapatan dari BPJS, ketergantungan ini menuntut rumah sakit untuk meningkatkan efisiensi operasional melalui teknologi guna mempertahankan keberlanjutan layanan dan kualitas perawatan.

Definisi Operasional

- Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan)
- Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN
- Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN
- Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022

Formula

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

Pengukuran Kinerja

Data capaian bersumber dari Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO) oleh Tim Kerja Akuntansi dan BMN.

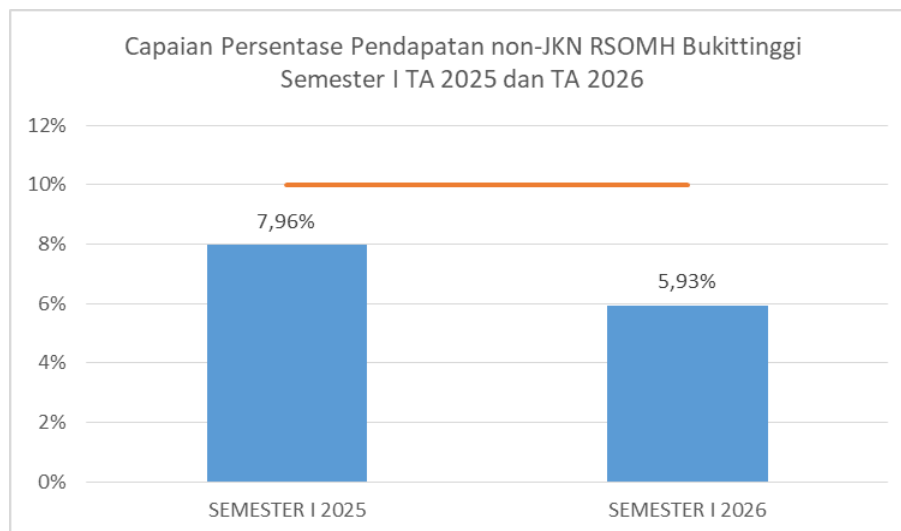
Tabel 32
Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	958.082.104	15.580.870.213	10%	8,93%	89,29%
Februari	877.872.607	13.917.734.822	10%	7,24%	72,43%
Maret	659.699.996	14.210.784.730	10%	9,19%	91,87%
April	876.424.832	15.140.198.917	10%	6,80%	68,03%
Mei	634.316.032	13.867.937.046	10%	7,02%	70,25%
Juni	1.198.554.919	15.012.176.400	10%	7,98%	79,84%
Semester I	5.204.950.490	87.729.702.128	10%	5,93%	59,33%

Tabel 33
Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	5,93%	59,33%	Belum mencapai target

Diagram 14
Capaian Indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit pada Semester I Tahun 2026 mencapai 5,93%, belum memenuhi target yang ditetapkan sebesar 10%, sehingga tingkat capaian kinerja sebesar 59,33%. Pendapatan non-JKN tersebut bersumber dari pasien umum, pasien JKN yang memilih naik kelas perawatan, pasien asuransi swasta, pasien perusahaan/kerjasama, layanan Medical Check Up (MCU), layanan eksekutif serta sumber pendapatan lain di luar pembiayaan JKN.

Belum tercapainya target indikator ini menunjukkan bahwa kontribusi pendapatan yang berasal dari sumber non-JKN masih belum optimal dibandingkan dengan total pendapatan rumah sakit. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh masih dominannya proporsi pasien peserta JKN sebagai pengguna layanan rumah sakit, sehingga komposisi pendapatan masih bergantung pada klaim JKN. Di sisi lain, pemanfaatan aset, fasilitas, dan layanan rumah sakit sebagai sumber pendapatan lainnya belum optimal, sehingga belum mampu memberikan kontribusi yang signifikan terhadap peningkatan pendapatan non-JKN.

Rumah Sakit terus melakukan pengembangan sumber pendapatan non JKN melalui optimalisasi pemanfaatan aset dan fasilitas yang dimiliki, pengembangan layanan unggulan dan layanan eksekutif, perluasan kerjasama dengan perusahaan, asuransi swasta, dan institusi lainnya, serta peningkatan promosi layanan kepada masyarakat. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan kontribusi pendapatan non-JKN, mengurangi ketergantungan terhadap pendapatan berbasis JKN, serta mendukung kemandirian dan keberlanjutan pengelolaan keuangan rumah sakit.

Upaya-upaya yang telah dilakukan:

1. Rumah sakit sudah memiliki sistem layanan non JKN seperti penyediaan SDM, sarana prasarana, alat kesehatan dan penunjang serta prosedur layanan
2. Melakukan promosi dan pemasaran layanan non-JKN baik melalui media digital secara aktif, maupun onsite ke rumah sakit –rumah sakit daerah melalui pembinaan jejaring
3. Melakukan kerja sama dengan pihak BUMN, berbagai instansi serta perusahaan untuk pelaksanaan Stroke Check Up (SCU) serta MCU

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS antara lain:

1. Belum optimalnya pelaksanaan layanan preventif seperti MCU/SCU dan Poliklinik non-JKN
2. Pasien di daerah Sumatera Barat masih didominasi oleh pasien JKN
3. Belum optimalnya koordinasi layanan non-JKN dari internal rumah sakit
4. Keterbatasan sarana prasarana gedung layanan non-JKN yang terpisah
5. Pendapatan Non JKN masih target kinerja RS, belum diturunkan menjadi target unit terkait

Langkah Strategis

1. Optimalisasi layanan preventif, seperti MCU/SCU dan Poliklinik non-JKN
2. Meningkatkan promosi dan pemasaran layanan non-JKN melalui media digital, jejaring rujukan, dan kerja sama strategis
3. Memperkuat kerja sama dengan asuransi swasta, perusahaan, dan institusi lainnya untuk meningkatkan volume pasien non-JKN
4. Memperkuat koordinasi lintas unit untuk layanan non-JKN
5. Mengembangkan Poliklinik Eksekutif modern yang terpisah dari poliklinik reguler dan terintegrasi secara terpadu dengan layanan diagnostik yang akan dilakukan secara bertahap (2026 – 2029) dan direncanakan masuk ke dalam perencanaan revisi Master Plan rumah sakit
6. Mengoptimalkan pelayanan Poliklinik Eksekutif secara paralel mulai dari pagi sampai sore hari termasuk hari libur untuk semua jenis layanan
7. Meningkatkan komitmen layanan dengan mempercepat waktu tunggu layanan

8. Melakukan kerja sama dengan pihak mitra untuk pemanfaatan aset mitra dalam rangka mengembangkan layanan non-JKN
9. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kerjasama layanan yang telah dilaksanakan

9) Sasaran Strategis 9: Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK

IKU: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Definisi Operasional

Survei Kepuasan Pegawai diselenggarakan sesuai prosedur survei kepuasan pasien sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran responden survei kepuasan pegawai adalah seluruh pegawai rumah sakit dari setiap unit kerja yang ada rumah sakit. Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu: Unsur 1: Lingkungan kerja, Unsur 2: Hubungan dengan atasan, Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran, Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier, Unsur 5: Gaji dan kompensasi, Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan, Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit, Unsur 8: Budaya rumah sakit. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei) serta Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.

Dengan melakukan analisis yang komprehensif terhadap tingkat kepuasan pegawai, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan kerja yang lebih baik, meningkatkan kinerja pegawai, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Hasil analisis ini kemudian dapat digunakan rumah sakit untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, seperti lingkungan kerja, kompensasi, atau dukungan manajemen, serta untuk merancang program peningkatan kepuasan kerja.

Formula

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

Pengukuran Kinerja

Data capaian Skor Tingkat Kepuasan Pegawai bersumber dari hasil survei internal yang dilakukan oleh Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia setiap triwulan yang dimulai sejak Triwulan I tahun 2026, dengan hasil sebagai berikut:

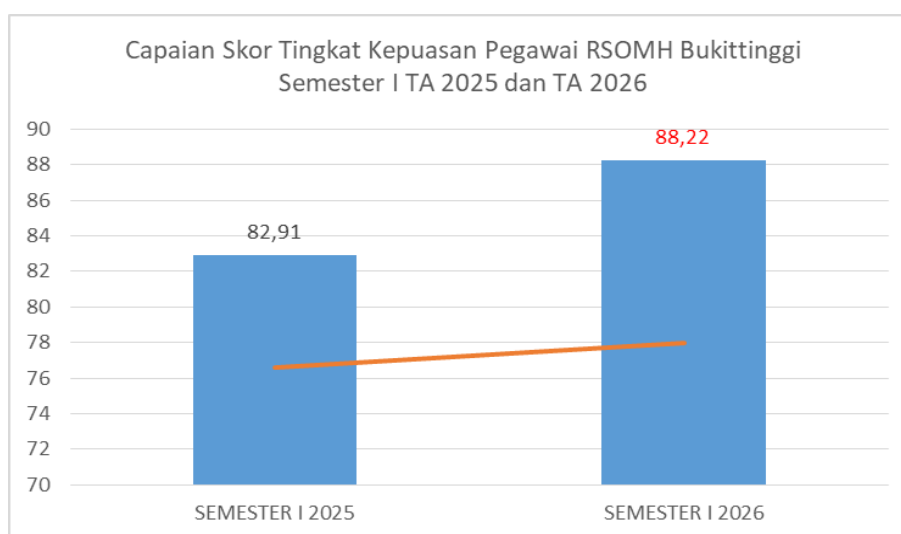
Tabel 34
Data Perhitungan Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
Semester I Tahun 2026

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Maret (TW I)	78	88,22	113,10%
Juni (TW II)	78		
Semester I	78		

Tabel 35
Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
Semester I Tahun 2026 (data Maret)

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	88,22	113,10%	Tercapai melebihi target

Diagram 15
Capaian Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisa Capaian Kinerja

Hasil survei kepuasan pegawai menunjukkan bahwa secara umum tingkat kepuasan pegawai pada semester I di Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi berada dalam kategori Puas yaitu sebesar 88,22 melebihi target untuk tahun 2026 yaitu 78 (kategori "Puas") dimana target yang ditetapkan merupakan target tahunan. Capaian survei kepuasan pegawai saat ini merupakan hasil capaian survey yang dilakukan secara internal oleh Bagian OSDM yang dilakukan kepada seluruh pegawai RSOMH menggunakan Skala Likert dengan 9 unsur survey diantaranya; 1) Lingkungan Kerja, 2) Hubungan Dengan Atasan, 3) Penghargaan dan Pengukuran, 4) Kesempatan pengembangan karier, 5) Gaji dan Kompensasi, 6) Keseimbangan kerja dan kehidupan, 7) Komunikasi dalam rumah sakit, 8) Budaya rumah sakit, sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Survei kepuasan oleh pihak ketiga/ eksternal diselenggarakan pada semester II tahun 2026, hasil survei ini akan dijadikan bahan evaluasi oleh manajemen rumah sakit untuk perbaikan kebijakan internal, serta sebagai dasar penyusunan program peningkatan kesejahteraan dan produktivitas pegawai.

Tindak Lanjut

Melakukan pemilihan dan proses kerjasama dengan pihak eksternal untuk pelaksanaan survey kepuasan pegawai.

IKU: *Training Effectiveness Index (TEI)*

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan efisien, serta mencapai tujuan rumah sakit, maka RSOMH Bukittinggi sangat perlu meningkatkan kompetensi, pengetahuan, dan keterampilan tenaga kesehatan di rumah sakit. Dengan menciptakan tenaga kesehatan yang kompeten melalui pelatihan yang berkelanjutan, rumah sakit dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan mereka selalu memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk menghadapi tantangan di bidang kesehatan yang terus berkembang.

Definisi Operasional

- Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)
- Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit
- Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan

Formula

$$\frac{\text{Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL}}{\text{Total Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Data untuk penghitungan capaian TEI bersumber dari Laporan Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan, dengan rincian sebagai berikut:

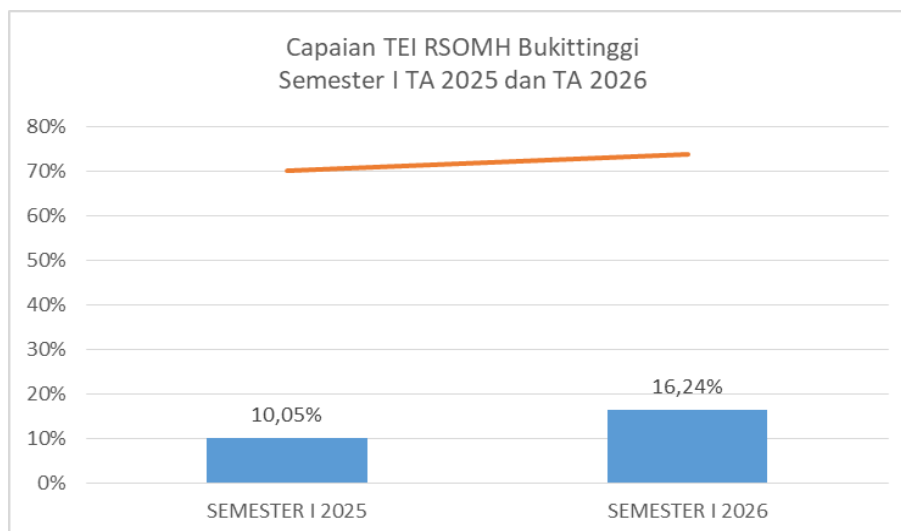
Tabel 36
Data Perhitungan *Training Effectiveness Index (TEI)* per Bulan
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	7	386	73,75%	1,81%	2,46%
Februari	26	387	73,75%	6,72%	9,11%
Maret	37	384	73,75%	9,64%	13,06%
April	37	384	73,75%	9,64%	13,06%
Mei	59	388	73,75%	15,21%	20,62%
Juni	63	388	73,75%	16,24%	22,02%
Semester I	63	388	73,75%	16,24%	22,02%

Tabel 37
Realisasi Indikator *Training Effectiveness Index (TEI)*
Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Training Effectiveness Index (TEI)	73,75%	16,24%	22,02%	Belum mencapai target

Diagram 16
Capaian Indikator *Training Effectiveness Index* (TEI)
Semester I Tahun 2025 dan 2026



Realisasi *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I tahun 2026 baru mencapai 16,24% dari target 73,75%, dari 388 total tenaga medis dan tenaga kesehatan yang harus mendapatkan pembelajaran dengan 40 JPL baru terpenuhi sebanyak 63 orang. Target yang ditetapkan pada indikator ini merupakan target dalam 1 tahun.

Rendahnya realisasi capaian *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I ini baru 16,24% disebabkan karena penghitungan pelatihan terhadap tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah mendapat pelatihan mencukupi 40 JPL, sementara pada semester I baru 16,24% tenaga medis dan tenaga kesehatan yang telah mencukupi jam tersebut. Pada semester selanjutnya diharapkan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dapat mencukupi 40 JPL sehingga target akan terpenuhi pada akhir tahun 2026.

Beberapa pelatihan yang telah difasilitasi Rumah sakit diantaranya adalah Pelatihan Basic Cathlab, pelatihan perawat Bronchoscopy, pelatihan BTCLS, pelatihan perawat Hemodialisa, pelatihan Cathlab lanjutan, pelatihan BNLS, pelatihan HCU dan Inhouse training yang diadakan oleh Tim Kerja Diklat Rumah Sakit dan beberapa pelatihan peningkatan kompetensi di rumah sakit yang kompeten diantaranya yaitu: pelatihan perawat hemodialisa, pelatihan SDM PPI, pelatihan Perawat Cathlab, dll.

Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program pelatihan berjalan efektif, relevan dengan kebutuhan kompetensi tenaga kesehatan, serta mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Kendala yang dihadapi:

1. Ketidaksesuaian jam pelatihan yang tersedia dengan ketersediaan waktu tenaga medis dan tenaga kesehatan untuk mengikuti pelatihan
2. Keterbatasan anggaran pelatihan pada awal-awal tahun pelaksanaan, dikarenakan adanya edaran efisiensi sehingga kegiatan pembelajaran tertunda terutama untuk pelatihan teknis

Langkah Strategis

1. Menyusun jadwal dan koordinasi yang baik untuk pelaksanaan pelatihan yang lebih fleksibel dan terencana, termasuk pelatihan bergelombang dan blended learning agar tidak mengganggu pelayanan
2. Meningkatkan peran instruktur internal (in-house trainer) untuk memperluas cakupan dan efisiensi pelatihan
3. Mempercepat pelaksanaan pelatihan in-house training dari jadwal yang sudah direncanakan
4. Mengoptimalkan pemanfaatan pelatihan daring (e-learning) sebagai alternatif pemenuhan JPL secara berkelanjutan
5. Memperkuat monitoring dan evaluasi pascapelatihan, termasuk pengukuran dampak pelatihan terhadap kinerja dan mutu layanan

10) Sasaran Strategis 10: Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal**IKU: EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)****Definisi Operasional**

- EBITDA margin adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit
- Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis)
- Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT
- Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada tipe organisasi rumah sakit

Formula

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

Pengukuran Kinerja

Data capaian bersumber dari Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional (MKKO) oleh Tim Kerja Akuntansi dan BMN.

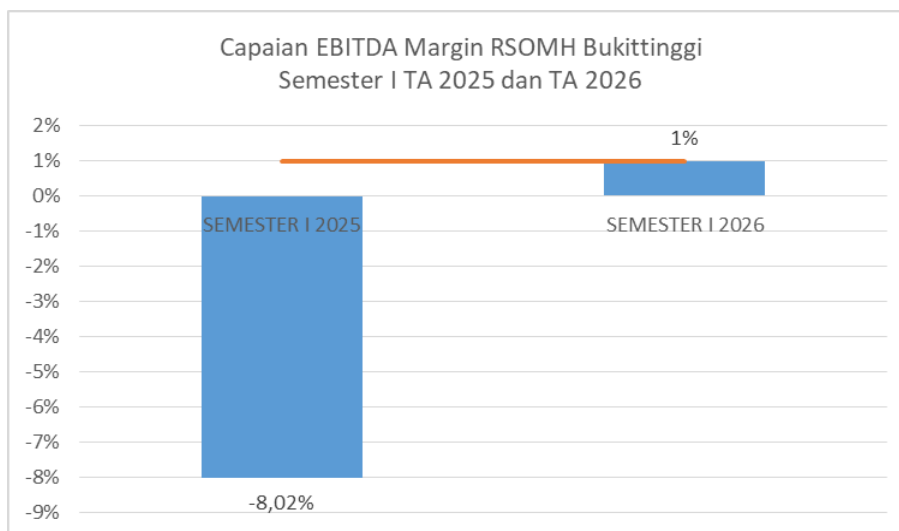
Tabel 38
Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	4.498.976.748	13.514.883.123	1%	33,29%	3328,91%
Februari	248.775.463	12.238.926.340	1%	2,03%	203,27%
Maret	109.119.670	12.712.064.008	1%	0,86%	85,84%
April	40.115.520	13.297.315.126	1%	0,30%	30,17%
Mei	-2.024.338.622	12.220.077.822	1%	-16,57%	-1656,57%
Juni	-2.119.772.363	13.007.663.298	1%	-16,30%	-1629,63%
Semester I	752.876.416	76.990.929.716	1%	1%	100%

Tabel 39
Realisasi EBITDA Margin
Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	100%	Tercapai sesuai target

Diagram 17
Capaian Indikator EBITDA Margin
Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Capaian EBITDA margin RSOMH Bukittinggi pada semester I Tahun 2026 menunjukkan nilai positif yaitu sebesar 1%, tercapai sesuai target. Hal ini dikarenakan seimbangnya antara beban operasional dan pendapatan, yang dipengaruhi oleh beberapa upaya diantaranya yaitu

optimalisasi pendapatan dari layanan rumah sakit, pengendalian biaya operasional serta upaya meningkatkan produktivitas dan pemanfaatan sumber daya yang ada/tersedia.

Meskipun pada semester I Nilai EBITDA Margin positif, namun nilai EBITDA Margin tersebut masih berpotensi negatif karena adanya beberapa kendala seperti:

1. Masih tingginya beban SDM
1. Belum optimalnya pengendalian pemakaian obat dan BMHP
2. Belum optimalnya monitoring kepatuhan terhadap formularium
3. Meningkatnya biaya pemeliharaan

Langkah Strategis

1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pola remunerasi *existing* dan pembayaran lembur
2. Meningkatkan monitoring dan evaluasi pengendalian penggunaan obat dan BMHP melalui konsolidasi obat dan BMHP untuk mendapatkan harga yang lebih efisien
3. Meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap formularium rumah sakit
4. Meningkatkan pengawasan internal melalui SPI
5. Optimalisasi utilisasi alat kesehatan melalui pengembangan baik jenis maupun volume layanan terutama layanan non JKN
6. Meningkatkan optimalisasi efisiensi biaya melalui digitalisasi sistem (jangka menengah)
7. Melakukan efisiensi biaya pemeliharaan dan perbaikan melalui swakelola
8. Melakukan sosialisasi penggunaan alat, melakukan pengecekan alat secara rutin, serta mendorong unit kerja untuk mematuhi SOP penggunaan alat

b. Indikator Kinerja Direktif

1) Nilai Kinerja Anggaran

Dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya, perlu dilakukan pengukuran untuk menilai efektivitas dan efisiensi pengelolaan anggaran satuan kerja. Tujuan utama menilai kinerja penganggaran di rumah sakit adalah untuk memastikan bahwa anggaran yang telah disusun dapat mencapai sasaran dan tujuan organisasi secara efektif dan efisien, serta untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam pengelolaan keuangan. Nilai kinerja anggaran adalah ukuran yang digunakan untuk menilai pencapaian target dan efisiensi pelaksanaan anggaran pada suatu entitas. Ini mencerminkan seberapa baik anggaran dialokasikan dan digunakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Nilai kinerja anggaran digunakan untuk mengukur sejauh mana pelaksanaan anggaran telah sesuai dengan rencana awal, baik dari segi capaian output maupun efisiensi biaya.

Definisi Operasional

Nilai kinerja penganggaran adalah besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan diformulasikan dari:

1. Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan

2. Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam Renja K/L dan Renstra K/L secara tahunan
3. Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program

Formula

Nilai agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPKRPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu.

Pengukuran Kinerja

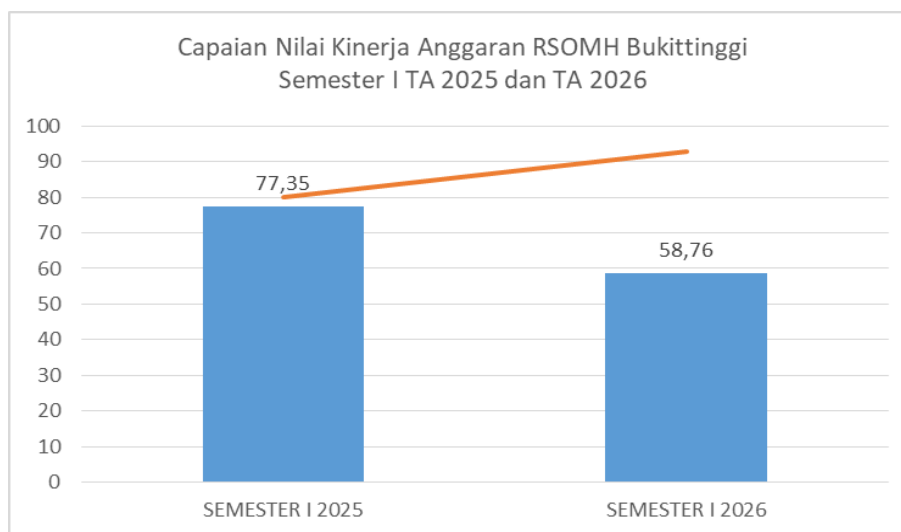
Tabel 40
Data Nilai Kinerja Anggaran RSOMH Bukittinggi
Semester I Tahun 2026

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Semester I	92,75	58,76	63,35%

Tabel 41
Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Nilai Kinerja Penganggaran	92,75	58,76	63,35%	Tidak mencapai target

Diagram 18
Capaian Indikator Nilai Kinerja Anggaran
Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi Nilai Kinerja Anggaran (NKA) pada Semester I Tahun 2026 mencapai 58,76% dari target tahunan sebesar 92,35%. Mengingat NKA merupakan indikator yang diukur secara kumulatif selama satu tahun anggaran, capaian pada Semester I dipengaruhi oleh progres pelaksanaan anggaran serta pencapaian output yang belum optimal.

Belum optimalnya capaian Nilai Kinerja Anggaran (NKA) terutama disebabkan oleh masih tingginya deviasi pada Halaman III DIPA, khususnya pada komponen belanja modal. Kondisi ini menunjukkan masih adanya perbedaan antara rencana penarikan dana yang telah ditetapkan dengan realisasi pelaksanaan anggaran. Tingginya deviasi tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya adanya kebijakan efisiensi anggaran pada awal tahun yang mengakibatkan beberapa kegiatan mengalami pemblokiran sehingga pelaksanaannya tertunda. Selain itu, terjadi pergantian pejabat pengadaan, khususnya untuk pengadaan barang modal, yang memerlukan waktu dalam proses pengaktifan akun dan penyesuaian kewenangan pada sistem pengadaan, serta pergantian Kuasa Pengguna Anggaran (KPA) yang berdampak pada proses administrasi dan pengambilan keputusan.

Kondisi tersebut menyebabkan tahapan pengadaan, pelaksanaan pekerjaan, serta penyelesaian administrasi tidak dapat berjalan sesuai jadwal yang telah direncanakan. Akibatnya, realisasi belanja modal beserta pertanggungjawabannya masih belum optimal. Hal ini berdampak pada belum maksimalnya capaian output kegiatan yang tercatat pada sistem KPPN. Mengingat penilaian capaian output dalam aspek Kinerja Perencanaan Anggaran dilakukan dengan membandingkan volume output yang telah terealisasi dan tercatat pada KPPN dengan total volume output yang direncanakan dalam RKA-K/L, maka rendahnya realisasi dan pertanggungjawaban belanja modal menyebabkan capaian output pada Semester I Tahun 2026 belum optimal. Kondisi tersebut pada akhirnya memberikan dampak terhadap rendahnya capaian Nilai Kinerja Anggaran (NKA).

Kendala yang dihadapi:

1. Perubahan kebijakan di awal tahun anggaran
2. Keterlambatan proses pengadaan barang dan jasa
3. Pelaksanaan belanja modal belum sesuai jadwal
4. Pertanggungjawaban belanja modal belum optimal
5. Capaian output belum seluruhnya tercatat pada sistem KPPN
6. Monitoring dan pengendalian pelaksanaan anggaran belum optimal
7. Koordinasi antar unit kerja belum optimal

Langkah Strategis

1. Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa, khususnya belanja modal, melalui penyusunan jadwal kerja yang lebih rinci, pemantauan terhadap setiap tahapan pengadaan, serta percepatan penyelesaian paket-paket yang masih tertunda.
2. Meningkatkan pengendalian terhadap deviasi Halaman III DIPA melalui monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala, sehingga setiap deviasi dapat segera diidentifikasi dan dilakukan langkah korektif, termasuk penyesuaian rencana penarikan dana apabila diperlukan sesuai ketentuan.

3. Mempercepat penyelesaian administrasi dan pertanggungjawaban belanja modal agar realisasi anggaran dapat segera diakui dan tidak menghambat pencapaian indikator kinerja anggaran
4. Memperkuat fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran melalui rapat evaluasi berkala bersama pimpinan dan seluruh penanggung jawab kegiatan untuk memastikan kesesuaian antara rencana pelaksanaan, realisasi anggaran, dan capaian output sampai dengan akhir Tahun Anggaran 2026.

2) Indeks Kualitas SDM

Indeks kualitas SDM merupakan indikator Direktif baru pada tahun 2026, dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.

Tabel 42
 Realisasi Indeks Kualitas SDM Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Indeks Kualitas SDM	82	79,58	97,05%	Belum mencapai target

Capaian Indeks Kualitas SDM pada Semester I Tahun 2026 mencapai 79,58 atau 97,05% dari target tahunan yang ditetapkan sebesar 82. Mengingat Indeks Kualitas SDM merupakan indikator yang diukur secara tahunan, capaian pada Semester I masih bersifat sementara dan terus meningkat seiring dengan pelaksanaan berbagai program pengembangan SDM hingga akhir tahun.

Belum optimalnya capaian Indeks Kualitas SDM pada Semester I Tahun 2026 dipengaruhi oleh belum terpenuhinya seluruh komponen penilaian Indeks Profesionalitas ASN, khususnya pada aspek pengembangan kompetensi pegawai. Hingga Semester I, masih terdapat pegawai yang belum mengikuti kegiatan pendidikan dan pelatihan sesuai kebutuhan pengembangan kompetensi jabatan, serta beberapa program peningkatan kapasitas SDM yang masih dalam proses pelaksanaan dan dijadwalkan pada Semester II. Selain itu, proses pembaruan data dan dokumen pendukung pada sistem kepegawaian juga memengaruhi nilai yang diperoleh pada periode pelaporan Semester I.

Dengan pelaksanaan program pengembangan kompetensi, peningkatan kualitas data kepegawaian, serta optimalisasi pemenuhan seluruh komponen penilaian Indeks Profesionalitas ASN pada Semester II Tahun 2026, diharapkan target Indeks Kualitas SDM sebesar 82 dapat tercapai pada akhir tahun.

3) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan dan komitmen rumah sakit dalam menindaklanjuti rekomendasi hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Indikator ini mencerminkan efektivitas upaya perbaikan tata kelola, pengelolaan keuangan, serta penguatan sistem pengendalian intern sebagai tindak lanjut atas temuan pemeriksaan. Semakin tinggi persentase rekomendasi yang telah ditindaklanjuti hingga

dinyatakan tuntas, semakin baik pula tingkat akuntabilitas, transparansi, dan kepatuhan rumah sakit terhadap peraturan perundang-undangan.

Tabel 43
Realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas
Ditindaklanjuti Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti	95%	100%	105,26%	Tercapai melebihi target

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti pada Semester I Tahun 2026 mencapai 100%, sesuai dengan target yang telah ditetapkan. Capaian ini menunjukkan bahwa seluruh rekomendasi hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) Tahun 2025 yang menjadi kewajiban RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah ditindaklanjuti dan dinyatakan tuntas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Tuntasnya seluruh rekomendasi hasil pemeriksaan BPK Tahun 2025 menunjukkan efektivitas sistem pengendalian internal dan komitmen rumah sakit dalam melakukan perbaikan berkelanjutan terhadap tata kelola rumah sakit. Capaian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pengelolaan keuangan dan penyelenggaraan layanan, meminimalkan potensi terulangnya temuan yang sama pada pemeriksaan berikutnya, serta memperkuat akuntabilitas kinerja RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi.

4) Persentase Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran adalah proses pelaksanaan atau pencapaian target-target yang telah ditetapkan dalam anggaran suatu entitas, baik itu pemerintah maupun organisasi lainnya. Laporan realisasi anggaran (LRA) adalah dokumen yang membandingkan antara anggaran yang direncanakan dengan hasil yang dicapai dalam periode tertentu.

Definisi Operasional

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

Formula

$$\frac{\text{Jumlah realisasi anggaran}}{\text{Total pagu belanja}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Data indikator realisasi anggaran diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan.

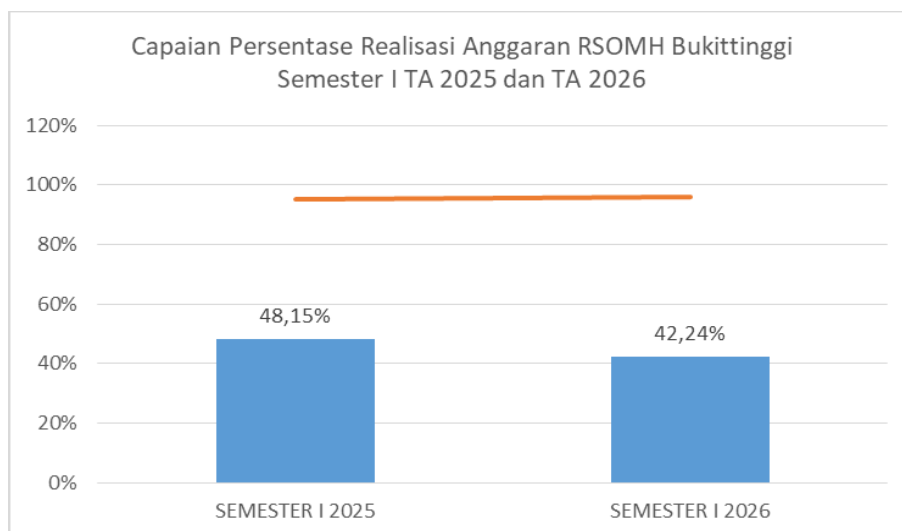
Tabel 44
Data Realisasi Anggaran RSOMH Bukittinggi
Semester I Tahun 2026

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	7.932.561.923	202.879.590.000	96%	3,91%	4,07%
Februari	16.817.317.355	202.879.590.000	96%	8,29%	8,63%
Maret	32.626.654.441	202.879.590.000	96%	16,08%	16,75%
April	49.892.577.276	202.879.590.000	96%	24,59%	25,62%
Mei	65.481.896.757	202.879.590.000	96%	32,28%	33,62%
Juni	85.698.118.818	202.879.590.000	96%	42,24%	44,00%
Semester I	85.698.118.818	202.879.590.000	96%	42,24%	44,00%

Tabel 45
Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Realisasi Anggaran	96%	42,24%	44,00%	Belum mencapai target

Diagram 19
Capaian Indikator Realisasi Anggaran
Semester I Tahun 2025 dan 2026



Analisis Capaian Kinerja

Persentase Realisasi Anggaran pada Semester I Tahun 2026 mencapai 42.24% dari target tahunan sebesar 96,00%. Mengingat indikator ini merupakan target yang diukur secara kumulatif hingga akhir tahun anggaran, capaian pada Semester I masih bersifat sementara dan mencerminkan progres pelaksanaan anggaran pada enam bulan pertama Tahun Anggaran 2026.

Realisasi anggaran pada Semester I dipengaruhi oleh tahapan pelaksanaan kegiatan yang masih berlangsung, khususnya pada belanja modal dan beberapa kegiatan strategis yang

penyelesaiannya dijadwalkan pada Semester II. Adanya kebijakan efisiensi anggaran pada awal tahun, penyesuaian terhadap pelaksanaan kegiatan, serta proses pengadaan barang dan jasa yang masih berlangsung turut memengaruhi kecepatan realisasi anggaran pada Semester I.

Selain itu, terdapat beberapa permasalahan yang mengakibatkan rendahnya realisasi anggaran, di antaranya:

- Terdapat item barang yang turun tayang pada e-katalog sehingga memerlukan perubahan spek kembali
- Terdapat alat kesehatan yang masih dalam proses kurasi sehingga butuh waktu untuk merealisasikan anggaran
- Adanya kendala pada ketersediaan BBM menyebabkan beberapa penyedia menyepakati untuk memperpanjang waktu pengiriman untuk mengantisipasi keterlambatan pengantaran barang yang dapat mengakibatkan denda.

Untuk mengoptimalkan realisasi anggaran hingga akhir Tahun 2026, RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi, melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan penyelesaian proses pengadaan barang dan jasa, khususnya pada belanja modal. Selain itu, akan dilakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala, percepatan penyelesaian administrasi dan pertanggungjawaban keuangan, serta penguatan koordinasi antara unit perencanaan, keuangan, PPK, pejabat pengadaan, dan unit pelaksana kegiatan. Rumah sakit juga akan melakukan pengendalian terhadap rencana penarikan dana agar pelaksanaan anggaran sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, sehingga target realisasi anggaran pada akhir Tahun 2026 dapat tercapai.

5) Nilai SAKIP RS Otak M Hatta

Tabel 46
 Realisasi Nilai SAKIP Semester I Tahun 2026

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Nilai SAKIP RS Otak M Hatta	83	86,40	104,10%	Tercapai melebihi target

Realisasi Nilai Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) pada Semester I Tahun 2026 mencapai 86,40, melampaui target yang telah ditetapkan sebesar 83, dengan persentase capaian sebesar 104,10%. Nilai tersebut merupakan hasil evaluasi penyelenggaraan SAKIP Tahun 2025 yang menjadi dasar penilaian pada Semester I Tahun 2026.

Capaian ini menunjukkan bahwa implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah berjalan dengan baik, yang tercermin dari meningkatnya kualitas perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi internal, serta pemanfaatan hasil evaluasi sebagai dasar pengambilan keputusan dan perbaikan kinerja organisasi. Keberhasilan tersebut juga didukung oleh komitmen manajemen dalam menerapkan prinsip akuntabilitas, memperkuat koordinasi antarunit kerja, serta meningkatkan keselarasan antara perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan program.

Tercapainya nilai SAKIP di atas target menunjukkan bahwa tata kelola kinerja rumah sakit telah dilaksanakan secara efektif dan berorientasi pada hasil (result oriented). Ke depan, rumah sakit akan terus melakukan penyempurnaan implementasi SAKIP melalui penguatan manajemen kinerja, peningkatan kualitas indikator kinerja, optimalisasi monitoring dan evaluasi, serta tindak lanjut atas hasil evaluasi guna mewujudkan tata kelola organisasi yang semakin akuntabel, efektif, dan berkelanjutan.

Analisis Risiko terhadap Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja organisasi pada tahun 2026 juga dipengaruhi oleh risiko yang telah diidentifikasi dalam Rencana Strategis Bisnis 2025–2029. Risiko keterbatasan minat terhadap penelitian, tidak optimalnya pelayanan eksekutif, beban pegawai yang melebihi anggaran dan tidak tercapainya target realisasi anggaran memberikan dampak pada pencapaian kinerja. Beberapa capaian kinerja yang belum tercapai, seperti pendapatan penelitian, % pendapatan non-JKN, dan realisasi anggaran, memiliki keterkaitan langsung dengan profil risiko program strategis sebagai berikut:

- 1) **Memiliki Layanan Unggulan Berbasis Riset**
Risikonya yang dihadapi adalah kurangnya minat dalam melakukan penelitian. Hal ini berdampak pada rendahnya pendapatan penelitian yang mempengaruhi capaian indikator pendapatan penelitian. Mitigasi yang dilakukan berupa melaksanakan sosialisasi program penelitian dan melakukan digitalisasi prosedur layanan penelitian. Namun volume penelitian yang dilakukan oleh pihak eksternal yang menjadikan RSOMH Bukittinggi sebagai lokus penelitian masih rendah, sehingga target pendapatan penelitian 0,5% dari pendapatan operasional masih belum dapat tercapai
- 2) **Mengembangkan Layanan Non-JKN**
Risiko yang dihadapi adalah pelayanan eksekutif yang belum optimal serta promosi layanan eksekutif yang kurang efektif. Kondisi ini berpengaruh pada rendahnya pendapatan non-JKN. Upaya mitigasi yang dilakukan adalah memperbaiki tata kelola pelayanan eksekutif, mengoptimalkan program pemasaran pelayanan rumah sakit, terutama untuk layanan eksekutif, serta melakukan monitoring dan evaluasi setiap triwulan. Namun demikian upaya ini belum mampu menghasilkan peningkatan signifikan untuk mencapai target.
- 3) **Pelaksanaan anggaran yang efektif, efisien dan akuntabel**
Nilai Kinerja anggaran yang tidak efektif merupakan risiko yang berdampak terhadap target output dan outcome tidak tercapai sesuai perencanaan serta anggaran tidak digunakan secara efektif atau tidak memberikan manfaat maksimal. Mitigasi yang dilakukan adalah melakukan perbaikan perencanaan anggaran yang lebih realistis dan terukur, dengan menyelaraskan target kinerja, jadwal kegiatan, dan kemampuan pelaksanaan dan Meningkatkan koordinasi dan komunikasi antar unit kerja, terutama antara perencana, pelaksana kegiatan, dan pengelola keuangan
- 4) **Program Peningkatan Capaian Realisasi Anggaran**
Risiko yang muncul adalah target realisasi anggaran yang tidak tercapai. Faktor ini berpengaruh langsung terhadap indikator realisasi anggaran. Mitigasi dilakukan melalui monitoring data pengadaan dan data kontrak dari PPK.

Analisis risiko yang telah dilakukan sejak tahap perencanaan terbukti relevan dalam menjelaskan penyebab kegagalan atau keterlambatan capaian kinerja. Integrasi manajemen risiko ke dalam evaluasi kinerja memberikan gambaran yang lebih komprehensif, bahwa pencapaian kinerja tidak

hanya dipengaruhi oleh operasional, tetapi juga oleh kemampuan dalam mengantisipasi dan mengelola risiko yang dihadapi.

6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam rangka mewujudkan tujuan, visi dan misi, RSOMH Bukittinggi melaksanakan program kegiatan dengan mempertimbangkan penghematan sumber daya dan dana, yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kinerja sesuai dengan Inpres Nomor I Tahun 2026, RSOMH telah menerapkan langkah-langkah efisiensi dan telah dituangkan dalam kebijakan Direktur Utama, melalui surat edaran Nomor: HK.02.03/D.XLIII/604/2025. Langkah-langkah efisiensi yang dilaksanakan pada:

- a. Pembatasan biaya operasional;
- b. Pembatasan operasional sarana prasarana pendukung kantor;
- c. Pembatasan kendaraan dinas; dan
- d. Pembatasan belanja perjalanan dinas.

Adapun implementasi/ langkah-langkah penerapan Efisiensi antara lain:

1. Pengadaan barang dan jasa dengan melalui e-purchasing pada katalog elektronik sektoral Kemenkes, terutama untuk pengadaan obat-obatan, BMHP, alat kesehatan dan alat penunjang layanan kesehatan
2. Penggunaan ATK
 - Untuk Verifikasi klaim di instalasi Verifikasi Penjamin Pasien di lakukan by system
 - Pembuatan Surat Dinas , SK dan IKS menggunakan aplikasi SRIKANDI
 - Untuk pendistribusian SK dan IKS dibagikan menggunakan aplikasi E-Office RS4. Untuk SK Pribadi,KGB dll dibagikan melalui whatshap pribadi yang bersangkutan
 - Laporan unit dalam bentuk soft file termasuk kegiatan unit kerja di upload menggunakan Dashboard masing-masing unit kerja. Pembuatan dashboard unit kerja akan dilaksanakan secara bertahap oleh Instalasi SIRS selanjutnya akan dikoordinasikan oleh Instalasi SIRS jadwal desk kebutuhan menu dashboard unit kerja
3. Efisiensi penghematan penggunaan air dan listrik
 - Penggunaan lampu pada jam kerja agar dilakukan seefisien mungkin dengan mengoptimalkan fungsi cahaya matahari
 - Penggunaan perangkat elektronik agar digunakan secara efisien dalam rangka pelaksanaan pekerjaan yang terkait dengan tugas dan fungsi
 - Penggunaan air dilakukan seefisien mungkin dengan memastikan tidak ada kebocoran pada sarana penampung air maupun pada instalasi air yang digunakan oleh setiap unit kerja.
 - Pembatasan akses internet seperti untuk youtube pada jam utama layanan pasien dimana frekuensi pemakaian internet meningkat
 - Mematikan seluruh lampu dan alat kerja kantor yang menggunakan energy listrik
 - memanfaatkan penggunaan media meeting online dapat mengurangi biaya snack rapat
 - Penghematan pemakaian sumber daya disetiap unit kerja seperti penggunaan telepon, air, listrik, internet dan pengelolaan limbah
 - Terimplementasinya EMR yang terintegrasi disetiap layanan mengurangi pagu anggaran cetakan medik. Cetakan medik tetap dianggarkan untuk antisipasi saat down time dan penggunaan form yang mewajibkan ada tanda tangan pasien/petugas medik.

4. Efisiensi kegiatan lembur dilaksanakan secara selektif dan dilakukan pemantauan secara optimal dan diketahui atasan langsung
5. Efisiensi Penggunaan lift
 - Penggunaan lift karyawan di Gedung Penunjang
 - Lift dioperasikan pada jam kerja Senin - Jumat dari pukul 06.00 s/d 17.00 WIB. pada hari Sabtu ,Minggu dan libur Nasional lift tidak dioperasikan
 - Untuk barang masuk ke Gudang Umum dan Gudang Farmasi agar diupayakan masuk pada jam kerja/ dinas
 - Untuk Siswa dan mahasiswa yang PKL/magang di arahkan oleh Satpam menggunakan tangga
 - Penggunaan lift di gedung Rawat inap /Pelayanan
 - Untuk lift gedung Merapi dan Singgalang akan bergantian jam operasionalnya karena gedung sudah saling terhubung
 - Untuk Lift di gedung Gizi akan dioperasikan pada pukul 06.00 wib s/d 18.00 WIB
 - Untuk lift di gedung Limpapeh dioperasikan pada pukul 18.00 wib - 06.00 wib pagi
 - Untuk tamu, pengunjung, siswa dan mahasiswa di arahkan oleh Satpam menggunakan tangga
6. Efisiensi Penggunaan *Air Conditioner* (AC)
 - Tutup ruangan jika AC dihidupkan
 - Matikan AC jika ruangan telah kosong atau ruangan tidak digunakan.
7. Efisiensi Perjalanan Dinas
 - Perjalanan dinas dilakukan secara selektif memepertimbangkan manfaat dan urgensi dari kegiatan yang diikuti
 - Untuk peningkatan SDM penyelenggaraan kegiatan diutamakan/diprioritaskan dalam bentuk daring dan ber SKP, jika peningkatan SDM dalam bentuk offline /tatap muka harus dari lembaga yang benar kredibel/ terakreditasi
 - Kegiatan Diklat diutamakan dalam bentuk inhouse training
 - Bagi yang telah melaksanakan pelatihan laksanakan Sharing Knowledge / transfer ilmu
8. Efisiensi SDM
 - Untuk tenaga administrasi yang pensiun dan meninggal tidak dilakukan penggantian tenaga (rekrut SDM)

7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan/kegagalan kinerja

a. Perspektif Stakeholder

1) Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia

Melalui pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit seperti:

- Memperbaiki fasilitas parkir, melakukan evaluasi ketersediaan ruang parkir sesuai zona kebutuhan parkir setiap bulan.
- Ketersediaan ruang terbuka hijau
- Ketersediaan toilet khusus yang presentatif
- Ketersediaan ruang tunggu pasien rawat jalan yang nyaman
- Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD
- Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan
- Survey kepuasan secara berkala

- 2) Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas
Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring dengan:
 - Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu
 - Menyusun kerjasama dengan rumah sakit yang akan diampu
 - Menyediakan regulasi pengampunan stroke berdasarkan
 - Meningkatkan kompetensi SDM pada lokus yang diampu
 - Melaksanakan program pengampunan
 - Melakukan monev program pengampunan
- 3) Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan
 - Mendorong inovasi melalui Clinical Research Unit (CRU)
 - Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset
 - Memiliki layanan unggulan berbasis riset
 - Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional

b. Perspektif proses bisnis internal

- 1) Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal
 - Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama
 - Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan medical record yang terintegrasi
 - Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi
 - Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue
- 2) Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel
 - Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)
 - Memastikan tatakelola RS yang kuat
- 3) Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
 - Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis
 - Meningkatkan utilisasi bed rawat inap
 - Meningkatkan efisiensi perawatan pasien
 - Meningkatkan produktivitas SDM dan alat
 - Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV
 - Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV
 - Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya
- 4) Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten
 - Melakukan penilaian Healthcare Associated Infections (HAIs) rates
 - Memberikan pelayanan berkualitas
 - Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*
 - Meningkatkan mutu layanan unggulan
- 5) Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan
 - Meningkatkan pendapatan Non JKN
 - Meningkatkan jangkauan channel digital RS
 - Melakukan monitoring dan evaluasi efektifitas promosi yang di bagikan di media sosial
 - Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien
- 6) Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
 - Meningkatkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif
 - Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan
 - Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan

- Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi

c. Perspektif finansial

- 1) Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal
 - Meningkatkan efisiensi biaya
 - Meningkatkan efisiensi keuangan RSV
 - Meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit

B. Realisasi Anggaran

Selama periode berjalan, Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi telah mengadakan revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dari DIPA awal. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan kegiatan sesuai dengan kebutuhan dan situasi serta kondisi pada saat pelaksanaan. Perubahan tersebut berdasarkan sumber pendapatan dan jenis belanja adalah sebagai berikut:

Tabel 47
 Anggaran Pendapatan dan Belanja RSOMH Bukittinggi
 Tahun Anggaran 2026

Uraian	Anggaran Awal	Anggaran Setelah Revisi
Pendapatan		
Penerimaan Negara Bukan Pajak	156.917.000.000	156.917.000.000
Jumlah Pendapatan	156.917.000.000	156.917.000.000
Belanja		
Belanja Pegawai	44.575.081.000	44.575.081.000
Belanja Barang	144.557.521.000	142.546.180.000
Belanja Modal	13.781.764.000	15.758.329.000
Jumlah Belanja	202.914.366.000	202.879.590.000

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

1. Realisasi Pendapatan

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 30 Juni 2026 adalah sebesar Rp72.805.904.990,- atau mencapai 46% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp156.917.000.000,-. Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi terdiri dari:

Tabel 48
 Rincian Realisasi Pendapatan Semester I Tahun Anggaran 2026

No.	Uraian	Anggaran	Realisasi	% Real.
1.	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	156.917.000.000	71.724.427.293	46%
2.	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha		77.787.664	
3.	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam satu Kementerian Negara/Lembaga		16.745.000	
4.	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU		528.382.608	
5.	Pendapatan Lain-lain BLU		276.594.319	
6.	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung		56.726.258	
7.	Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin		125.241.450	
8.	Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu		398	
Jumlah		156.917.000.000	72.805.904.990	46%

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

Tabel 49
 Perbandingan Realisasi Pendapatan
 Semester I Tahun Anggaran 2026 dan 2025

No.	Uraian	Realisasi Smt I TA 2026	Realisasi Smt I TA 2025	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
1.	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	71.724.427.293	61.490.278.585	10.234.148.708	16,64
2.	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	77.787.664	132.718	77.654.946	58.511,24
3.	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam satu Kementerian Negara/Lembaga	16.745.000	1.760.000	14.985.000	851,42
4.	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	528.382.608	208.587.264	319.795.344	153,31
5.	Pendapatan Lain-lain BLU	276.594.319	169.105.057	107.489.262	63,56
6.	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung	56.726.258	14.000.000	42.726.258	305,19
7.	Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	125.241.450	826.000	124.415.450	15.062,40
8.	Penerimaan Kembali Persekot/Uang Muka Gaji	-	904.812	(904.812)	100,00
9.	Penerimaan Kembali Belanja Pegawai TAYL	398	-	398	100,00
Jumlah		72.805.904.990	61.883.863.624	10.920.310.554	17,65

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

Berdasarkan tabel diatas, terdapat kenaikan realisasi pendapatan Semester I Tahun Anggaran 2026 dibandingkan dengan realisasi pendapatan Semester I TA 2025 sebesar Rp10.920.310.554,- atau sebesar 17,65%. Kenaikan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Pendapatan jasa pelayanan rumah sakit mengalami kenaikan sebesar Rp10.234.148.708,- atau sebesar 16,64% dikarenakan:
 - 1) Kenaikan volume pasien rawat jalan maupun rawat inap
 - 2) Kenaikan volume pasien bedah karena optimalisasi pelayanan bedah saraf, bedah urologi, dan bedah digestif
 - 3) Bertambahnya volume pasien intervensi jantung dan intervensi neuro
- b. Pendapatan hasil kerja sama lembaga/badan usaha mengalami kenaikan sebesar Rp77.654.946, dikarenakan adanya penambahan kerja sama layanan ambulance.
- c. Pendapatan dari pelayanan BLU yang bersumber dari entitas pemerintah pusat dalam satu kementerian negara/lembaga mengalami kenaikan sebesar Rp14.985.000,- atau sebesar 851,42% dikarenakan adanya peningkatan penerimaan diklat mahasiswa magang yang berasal dari Poltekkes Kemenkes.
- d. Pendapatan jasa layanan perbankan mengalami kenaikan sebesar Rp319.795.344,- atau sebesar 153,31% karena adanya peningkatan jumlah deposito yang ada di bank.
- e. Pendapatan lain-lain BLU mengalami kenaikan sebesar Rp107.489.262,- atau sebesar 63,56% dikarenakan adanya kenaikan penerimaan denda keterlambatan hasil pekerjaan pengadaan barang dan jasa.
- f. Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung mengalami kenaikan sebesar Rp42.726.258 atau sebesar 305,19% dikarenakan adanya kenaikan penerimaan sewa.
- g. Pendapatan dari penjualan peralatan dan mesin sebesar Rp124.415.450,- atau sebesar 15,062,40%.
- h. Penerimaan kembali belanja pegawai tahun anggaran yang lalu sebesar Rp398,- atau sebesar 100%.

Realisasi penerimaan BLU Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Semester I Tahun Anggaran 2026 adalah sebesar Rp72.680.663.142,- atau mencapai 46,3% dari jumlah yang di anggarkan dalam DIPA realisasi pendapatan BLU TA 2026 yaitu sebesar Rp156.917.000.000,-. Terdapat kenaikan pendapatan BLU Semester I Tahun Anggaran 2026 dibandingkan Semester I TA 2025 sebesar Rp10.796.799.518,- atau sebesar 17%.

Tabel 50
Realisasi Pendapatan BLU
Semester I Tahun Anggaran 2026

No.	Uraian	Anggaran	Realisasi	% Real. Angg.
1.	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	156.917.000.000	71.724.427.293	45,7%
2.	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha		77.787.664	
3.	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam satu Kementerian Negara/Lembaga		16.745.000	
4.	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU		528.382.608	
5.	Pendapatan Lain-lain BLU		276.594.319	
6.	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung		56.726.258	
Jumlah		156.917.000.000	72.680.663.142	46,3%

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

Rincian pendapatan BLU pada Semester I Tahun Anggaran 2026 dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit (424111) sebesar Rp71.724.427.293,- berasal dari pendapatan jasa pelayanan pada pasien, sewa ambulance dan pelayanan penunjang diklit. Dengan rincian sebagai berikut:
 - 1) Pendapatan Jasa pelayanan pasien sebesar Rp71.556.308.293,-
 - 2) Pendapatan dari sewa ambulance sebesar Rp27.965.000,-
 - 3) Pendapatan pelayanan penunjang diklit sebesar Rp120.474.000,-
 - 4) Pendapatan dari pelayanan penunjang penelitian sebesar Rp19.680.000,-
- b. Pendapatan hasil kerjasama Lembaga/badan usaha (424312) sebesar Rp77.787.664,- merupakan pendapatan dengan rincian sebagai berikut:
 - 1) Pendapatan fee dari Kimia Farma sebesar Rp8.379.939,-
 - 2) Pendapatan fee tenaga medis dari RSUD Lubuk Sikaping sebesar Rp5.632.500,-
 - 3) Pendapatan dari kerja sama layanan Mobil Ambulance dengan PT. MPN sebesar Rp63.775.225,-
- c. Pendapatan dari pelayanan BLU yang bersumber dari entitas pemerintah sebesar Rp16.745.000,- merupakan pendapatan dari:
 - 1) Pendapatan dari Poltekkes Kemenkes Padang sebesar Rp2.645.000,-
 - 2) Penerimaan dari Poltekkes Kemenkes Riau sebesar Rp14.100.000,-
- d. Pendapatan Jasa Layanan Perbankan/Jasa Giro (424911) sebesar Rp528.382.608,- berasal dari pendapatan jasa giro dan bunga deposito dari rekening operasional bendahara penerimaan dan bendahara pengeluaran kas BLU.
- e. Pendapatan lain-lain BLU (424919) sebesar Rp276.594.319,- terdiri dari kelebihan transfer, pendapatan KLR3RS, pembayaran listrik mini market, pengembalian remunerasi, denda, pendapatan dari penginapan, dll.
- f. Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung (424922) sebesar Rp56.726.258,- merupakan penerimaan sewa lahan parkir sebesar Rp 6.726.258,- dan penerimaan sewa ruangan ATM Mandiri sebesar Rp50.000.000,-

2. Realisasi Belanja

Realisasi Belanja netto Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Semester I Tahun Anggaran 2026 adalah sebesar Rp 85.687.972.610,- atau 42% dari anggaran belanja sebesar Rp202.879.590.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja Semester I Tahun Anggaran 2026 adalah sebagai berikut:

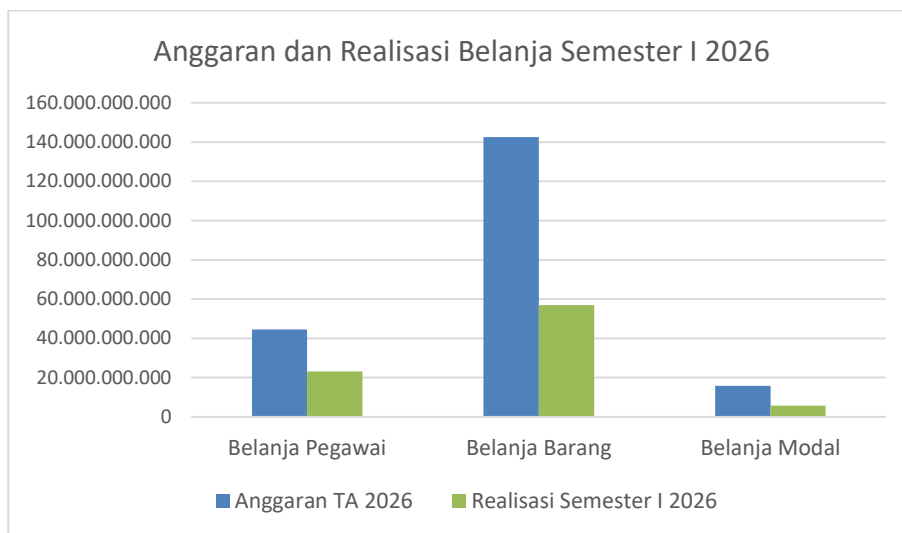
Tabel 51
Realisasi per Jenis Belanja
Semester I Tahun Anggaran 2026

Jenis Belanja	Semester I Tahun 2026			
	Anggaran	Realisasi	Sisa	% Real.
Belanja Pegawai	44.575.081.000	23.130.804.544	21.444.276.456	52%
Belanja Barang	142.546.180.000	56.896.402.382	85.649.777.618	40%
Belanja Modal	15.758.329.000	5.660.765.684	10.097.563.316	36%
Total	202.879.590.000	85.687.972.610	117.191.617.390	42%

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

Komposisi anggaran dan realisasi belanja dapat dilihat dalam grafik berikut:

Diagram 20
Anggaran dan Realisasi Belanja RSOMH Bukittinggi
Semester I Tahun 2026



Dibandingkan dengan realisasi Semester I TA 2025, Realisasi Belanja Semester I Tahun Anggaran 2026 terdapat kenaikan sebesar Rp16.399.028.911,- atau sebesar 24%. Adapun rinciannya sebagai berikut:

- Belanja pegawai terdapat kenaikan sebesar Rp1.470.970.873,- atau sebesar 7%.
- Belanja Barang terdapat kenaikan sebesar Rp10.185.579.354,- atau sebesar 22%.
- Belanja Modal terdapat penurunan sebesar Rp4.742.478.684,- atau sebesar 516%.

Tabel 52
Perbandingan Realisasi Belanja Netto
Semester I Tahun Anggaran 2026 dan 2025

Uraian	Realisasi Smt I TA 2026	Realisasi Smt I TA 2025	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
Belanja Pegawai	23.130.804.544	21.659.833.671	1.470.970.873	7%
Belanja Barang	56.896.402.382	46.710.823.028	10.185.579.354	22%
Belanja Modal	5.660.765.684	918.287.000	4.742.478.684	516%
Jumlah	85.687.972.610	69.288.943.699	16.399.028.911	24%

Sumber: Laporan Keuangan Semester I TA. 2026

3. Neraca Barang Milik Negara

Tabel 53
 Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN)
 Semester I Tahun Anggaran 2026

AKUN NERACA		SALDO	
KODE	URAIAN	31 Desember 2025	30 Juni 2026
117111	Barang Konsumsi	901.123.548,	746.610.016,
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	747.135.729,	627.779.175,
117114	Suku Cadang	568.926.578,	669.031.121,
117131	Bahan Baku	48.212.494,	63.842.815,
117199	Persediaan Lainnya	3.756.692.419,	3.337.572.490,
131111	Tanah	133.343.572.000,	133.343.572.000,
132111	Peralatan dan Mesin	247.005.432.210,	254.253.772.944,
133111	Gedung dan Bangunan	117.957.107.147,	117.957.107.147,
134111	Jalan dan Jembatan	1.259.925.000,	1.259.925.000,
134112	Irigasi	0,	0,
134113	Jaringan	1.873.429.372,	1.873.429.372,
135121	Aset Tetap Lainnya	620.611.334,	620.611.334,
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	1.262.550.637,	1.262.550.637,
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(193.282.428.129,)	(204.901.687.424,)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(26.406.022.617,)	(27.587.310.500,)
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	(1.259.925.000,)	(1.259.925.000,)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	0,	0,
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(1.073.874.335,)	(1.090.704.447,)
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	(12.583.334,)	(12.583.334,)
162151	Software	1.976.940.000,	1.976.940.000,
162161	Lisensi	395.150.000,	395.150.000,
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam Operasi Pemerintahan	5.402.127.824,	
166113	Aset Tak Berjud yang tidak digunakan dalam operasional	221.395.000,	
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang Tidak Digunakan dalam	(5.304.722.459,)	
169315	Akumulasi Amortisasi Software	(1.976.940.000,)	(1.976.940.000,)
169316	Akumulasi Amortisasi Lisensi	(296.710.000,)	(310.634.444,)
169318	Akumulasi Amortisasi Aset Tak Berjud yang tidak digunakan	(221.395.000,)	
J U M L A H		287.505.730.418,	281.248.108.902,

Sumber: Laporan Barang Milik Negara Semester I TA 2026

BAB IV PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi tahun 2025 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban secara berkala dan merupakan laporan pelaksanaan tahun awal periode Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025-2029. Laporan disampaikan berdasarkan sasaran Strategis dan Indikator Kinerja yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi 2025-2029. Laporan kinerja RSOMH Bukittinggi disusun sesuai amanat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan hasil capaian kinerja semester I Tahun 2025 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan indikator kinerja RSOMH Bukittinggi. Dari 18 Indikator Kinerja Utama pada 11 Sasaran Strategis yang diperjanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2026, 7 indikator kinerja masih belum mencapai target yaitu: 4 Indikator Kinerja Utama (IKU) dan 3 Indikator Indikator Kinerja Direktif.

Indikator yang sudah mencapai target adalah sebagai berikut:

1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
2. Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
3. Skor BLU Maturity Rating
4. Bed Occupancy Rate (BOR)
5. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates
6. Persentase standar klinis yang tercapai
 - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
 - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup
7. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
8. EBITDA Margin
9. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RS Otak M Hatta
10. Nilai SAKIP RS Otak M Hatta

Sedangkan Indikator yang belum mencapai target (5 indikator merupakan target akumulasi 1 tahun) adalah sebagai berikut:

1. Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
2. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian
3. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target (target 1 tahun)
4. Training Effectiveness Index (TEI) (target 1 tahun)
5. Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta (target 1 tahun)
6. Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta (target 1 tahun)
7. Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta (target 1 tahun)

Untuk meningkatkan pencapaian kinerja agar lebih baik maka perlu perbaikan terus menerus dan berkesinambungan, peningkatan koordinasi dengan bagian atau Instalasi dan komitmen seluruh pegawai mulai dari tingkat manajerial sampai pelaksana untuk terus dalam meningkatkan pelayanan bagi pasien. Upaya perbaikan untuk dapat mencapai target yang telah ditetapkan pada periode berikutnya adalah:

1. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
Melakukan koordinasi atau konsultasi dengan Direktorat TKPR terkait pelaksanaan pengampunan
2. Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
 - a. Optimalisasi layanan preventif, seperti MCU/SCU dan Poliklinik non-JKN
 - b. Meningkatkan promosi dan pemasaran layanan non-JKN melalui media digital, jejaring rujukan, dan kerja sama strategis
 - c. Memperkuat kerja sama dengan asuransi swasta, perusahaan, dan institusi lainnya untuk meningkatkan volume pasien non-JKN
 - d. Memperkuat koordinasi lintas unit untuk layanan non-JKN
 - e. Mengembangkan Poliklinik Eksekutif modern yang terpisah dari poliklinik reguler dan terintegrasi secara terpadu dengan layanan diagnostik yang akan dilakukan secara bertahap (2026 – 2029) dan direncanakan masuk ke dalam perencanaan revisi Master Plan rumah sakit
 - f. Mengoptimalkan pelayanan Poliklinik Eksekutif secara paralel mulai dari pagi sampai sore hari termasuk hari libur untuk semua jenis layanan
 - g. Meningkatkan komitmen layanan dengan mempercepat waktu tunggu layanan
 - h. Melakukan kerja sama dengan pihak mitra untuk pemanfaatan aset mitra dalam rangka mengembangkan layanan non-JKN
 - i. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kerjasama layanan yang telah dilaksanakan
3. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian
 - a. Meningkatkan kerja sama penelitian dengan institusi pendidikan, universitas, dan industri, khususnya untuk penelitian terkontrak dan uji klinis yang berpotensi menghasilkan pendapatan terutama kepada institusi yang masih mengutamakan penelitian sebagai syarat tugas akhir
 - b. Melakukan promosi aktif dan terintegrasi melalui media sosial serta website resmi Rumah Sakit, disertai diseminasi peluang penelitian kepada mitra strategis melalui kerja sama formal (MoU), penyelenggaraan seminar ilmiah, dan penguatan jejaring akademik guna meningkatkan minat dan partisipasi institusi eksternal dalam kegiatan penelitian di rumah sakit
 - c. Melakukan kegiatan promosi lainnya berupa: pemberian Pembekalan Tentang Penelitian dan Etik terhadap setiap Mahasiswa yang Praktek di RSOMH, sehingga para Mahasiswa tersebut tertarik untuk melakukan penelitian di RSOMH
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap capaian pendapatan penelitian sebagai bagian dari peningkatan pendapatan rumah sakit
4. *Training Effectiveness Index (TEI)* (target 1 tahun)
 - a. Menyusun jadwal dan koordinasi yang baik untuk pelaksanaan pelatihan yang lebih fleksibel dan terencana, termasuk pelatihan bergelombang dan blended learning agar tidak mengganggu pelayanan
 - b. Meningkatkan peran instruktur internal (in-house trainer) untuk memperluas cakupan dan efisiensi pelatihan
 - c. Mempercepat pelaksanaan pelatihan in-house training dari jadwal yang sudah direncanakan
 - d. Mengoptimalkan pemanfaatan pelatihan daring (e-learning) sebagai alternatif pemenuhan JPL secara berkelanjutan
 - e. Memperkuat monitoring dan evaluasi pascapelatihan, termasuk pengukuran dampak pelatihan terhadap kinerja dan mutu layanan

5. Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta (target 1 tahun)
 - a. Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa, khususnya belanja modal, melalui penyusunan jadwal kerja yang lebih rinci, pemantauan terhadap setiap tahapan pengadaan, serta percepatan penyelesaian paket-paket yang masih tertunda
 - b. Meningkatkan pengendalian terhadap deviasi Halaman III DIPA melalui monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala, sehingga setiap deviasi dapat segera diidentifikasi dan dilakukan langkah korektif, termasuk penyesuaian rencana penarikan dana apabila diperlukan sesuai ketentuan
 - c. Mempercepat penyelesaian administrasi dan pertanggungjawaban belanja modal agar realisasi anggaran dapat segera diakui dan tidak menghambat pencapaian indikator kinerja anggaran
 - d. Memperkuat fungsi monitoring dan evaluasi pelaksanaan anggaran melalui rapat evaluasi berkala bersama pimpinan dan seluruh penanggung jawab kegiatan untuk memastikan kesesuaian antara rencana pelaksanaan, realisasi anggaran, dan capaian output sampai dengan akhir Tahun Anggaran 2026
6. Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta (target 1 tahun)

Melaksanakan pengembangan kompetensi SDM, himbuan kepada seluruh ASN untuk melakukan peningkatan kualitas data kepegawaian, serta optimalisasi pemenuhan seluruh komponen penilaian Indeks Profesionalitas ASN pada Semester II Tahun 2026
7. Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta (target 1 tahun)
 - a. Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan penyelesaian proses pengadaan barang dan jasa, khususnya pada belanja modal
 - b. Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala
 - c. Percepatan penyelesaian administrasi dan pertanggungjawaban keuangan, serta
 - d. Penguatan koordinasi antara bagian perencanaan, keuangan, PPK, pejabat pengadaan, dan unit pelaksana kegiatan
 - e. Melakukan pengendalian terhadap rencana penarikan dana agar pelaksanaan anggaran sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, sehingga target realisasi anggaran pada akhir Tahun 2026 dapat tercapai

Diharapkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi semester I 2026 dapat digunakan sebagai tindak lanjut atau informasi dalam pengambilan kebijakan yang berguna dalam upaya perbaikan dan kemajuan kinerja Rumah Sakit di semester II tahun 2026 sehingga tujuan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi tercapai di tahun 2026. Terima kasih kami ucapkan kepada pihak-pihak yang telah berkontribusi baik langsung maupun tidak langsung atas pembuatan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi.

**Rumah Sakit Otak
Dr. Drs. M. Hatta
Bukittinggi**

Jl. Jenderal Sudirman No. I,
Kota Bukittinggi,
Sumatera Barat
rsomh.bkt20@gmail.com
<https://rsomh.co.id/>



REVISI I

RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)

RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI
Tahun 2025-2029



KATA PENGANTAR



Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah dokumen perencanaan jangka panjang yang memuat arah dan kebijakan dalam kurun waktu 5 (tahun), yaitu tahun 2025-2029. Rencana Strategis Bisnis RS Otak DR. Drs. M. Hatta (RSOMH) Bukittinggi diharapkan dapat menjadi pedoman bagi manajemen rumah sakit dalam menyesuaikan perubahan strategis organisasi, khususnya dalam pemenuhan harapan *stakeholder*.

RSB RSOMH yang ditetapkan pada bulan Februari 2025 mengacu kepada Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/1334/2025 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Menteri Kesehatan telah menetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 pada tanggal 6 Oktober 2025 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025, oleh karena itu perlu dilakukan revisi terhadap RSB RSOMH Bukittinggi dalam rangka penyelarasan antara Renstra Kementerian Kesehatan dengan RSB RSOMH.

Selain terbitnya peraturan tentang Renstra Kementerian Kesehatan, perubahan susunan dewan pengawas serta kebijakan mengenai pelaksanaan tarif IDRG sebagai pengganti INA-CBG's juga menjadi dasar dalam pelaksanaan revisi RSB 2025-2029 RSOMH Bukittinggi.

Revisi RSB telah mengubah visi RSOMH dari “Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan” menjadi **“Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan”**. Perubahan visi berdampak terhadap perubahan perubahan strategi dan kegiatan pada RSB 2025-2029 ini.

Bukittinggi, 4 Desember 2025

Plt. Direktur Utama,



Dr. dr. Yusirwan, Sp.B, Sp.BA(K), MARS, FISQua
NIP. 196211221989031001

LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI

Disahkan di : Bukittinggi
Tanggal : 04 Desember 2025

Plt. Direktur Utama



Dr. dr. Yusirwan, Sp.B, Sp.BA(K), MARS, FISQua
NIP. 196211221989031001

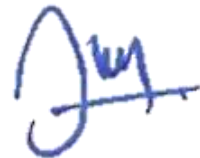
Plt. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang

dr. Sofni Sarmen, Sp.A., M.Biomed.
NIP. 197501092005012004



Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Zaineti, SKM, MM
NIP. 196608231986022001



Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Hilda Roza, SE, Ak, M.Si
NIP. 197908172006042002



LEMBAR PENGESAHAN DEWAN PENGAWAS

Disahkan di : Bukittinggi
Tanggal : 04 Desember 2025

Ketua



Liliek Marhaendro Susilo, Ak, M.M

Anggota

Zan Susilo Wahyu Mutaqin, S.K.M., M.Kes



Anggota

Wahyu Prihantoro, S.E., M.P



DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Lembar Pengesahan Direksi	ii
Lembar Pengesahan Dewan Pengawas	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vi
Daftar Lampiran	vii
Ringkasan Eksekutif	viii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Resume Renstra Kementerian Kesehatan	1
1.2. Visi dan Misi Rumah Sakit DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi	2
1.3. Target Rencana Strategis Bisnis	4
BAB II. ANALISIS DAN STRATEGI	5
2.1. Evaluasi Kinerja RSOMH Bukittinggi	5
2.1.1. Profil Satuan Kerja	5
2.1.2. Aspek Pelayanan	6
2.1.3. Aspek Keuangan	7
2.1.4. Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)	8
2.1.5. Aspek Sarana dan Prasarana	9
2.1.6. Indikator Kinerja Utama	9
2.2. Analisis SWOT	10
2.2.1. Analisa SWOT	10
2.2.2. Diagram Kartesius dan Analisa TOWS	10
2.3. Inisiatif Strategis	11
2.3.1. Analisis dan Mitigasi Risiko.....	11
2.3.2. Inisiatif Strategis.....	11
BAB III. RENCANA STRATEGIS BISNIS 2025-2029	13
3.1. Program Kementerian Kesehatan	13
3.2. Strategi Bisnis BLU	14
3.3. Indikator Kinerja Utama	17
3.4. Proyeksi Keuangan	17
BAB IV. PENUTUP	19
4.1. Kesimpulan	19
4.2. Hal-hal Penting	20
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Misi, Tujuan dan Indikator Tujuan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029	1
Tabel 1.2. Analisa Kesesuaian Misi RSOMH Bukittinggi dengan Kementerian Kesehatan	3
Tabel 2.1. Analisa TOWS	11
Tabel 3.1. Sasaran Strategis, Inisiatif Strategis dan Program Strategis 2025-2025	14
Tabel 3.2. Indikator Kinerja Utama Periode 2025-2029	17
Tabel 3.3. Target Pendapatan RSOMH Bukittinggi Periode 2025-2029.....	17
Tabel 3.4. Proyeksi Belanja RSOMH Bukittinggi Periode 2025-2029.....	18

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Inisiatif Strategis Rumah Sakit Vertikal	2
Gambar 1.2. Arah Kebijakan RSOMH M. Hatta.....	3
Gambar 2.1. Data Layanan Tahun 2020 s/d Tahun 2024	6
Gambar 2.2. Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2020 s/d Tahun 2024	7
Gambar 2.3. Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2020 s/d Tahun 2024	7
Gambar 2.4. Komposisi Sumber Daya Manusia Tahun 2020 s/d Tahun 2024	8
Per Jenis Jabatan	
Gambar 2.5. Utilitas Alat Kesehatan	9
Gambar 2.6. Capaian Indikator Kinerja Utama	9
Gambar 2.7. Diagram Kartesius	10
Gambar 3.1. <i>Roadmap</i> Pengembangan BLU	16

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Struktur Organisasi RSOMH
Lampiran 2	Data 10 Penyakit Terbanyak Tahun 2020-2024
Lampiran 3	Data Rincian Pendapatan dan Belanja Tahun 2020 s/d 2024
Lampiran 4	Komposisi Sumber Daya Manusia Tahun 2020 s/d 2024
Lampiran 5	Capaian Indikator Kinerja Tahun 2020-2024
Lampiran 6	Analisa SWOT (<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities</i> dan <i>Threats</i>) RS. Otak M. Hatta Bukittinggi
Lampiran 7	Peta Strategi Bisnis RSOMHTahun 2025-2029
Lampiran 8	Analisis dan Mitigasi Risiko Tahun 2025-2029
Lampiran 9	Sasaran Strategis, Inisiatif Strategis dan Program Strategis Tahun 2025- 2029
Lampiran 10	Target Volume Layanan dan Target Kinerja Keuangan tahun 2025 s/d 2029
Lampiran 11	Rincian Target Pendapatan Tahun 2025 s/d 2029
Lampiran 12	Rincian Belanja Tahun 2025 s/d 2029
Lampiran 13	Proyeksi Keuangan Tahun 2025 s/d 2029
Lampiran 14	Roadmap Kegiatan Tahun 2025 s/d 2029 (Versi SAP dan SAK)
Lampiran 15	Kamus Indikator Utama Tahun 2025 s/d 2029

RINGKASAN EKSEKUTIF

RSOMH merupakan rumah sakit khusus dengan tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang selalu meningkatkan produktivitas dalam pemberian layanan kepada masyarakat yang dibuktikan dengan adanya peningkatan volume layanan serta peningkatan kepuasan masyarakat terhadap layanan yang dilakukan. Visi RSOMH Bukittinggi tahun 2025-2029 adalah **“Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan”**. Untuk mencapai visi tersebut, dijabarkan ke dalam 6 (enam) misi, yaitu:

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi layanan;
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
5. Memberikan pengampuan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

Rencana Strategis Bisnis RSOMH Bukittinggi tahun 2025-2029 mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan **“Masyarakat yang Sehat dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045”** dengan misi:

1. Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup;
2. Memenuhi layanan kesehatan yang baik, adil dan terjangkau;
3. Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tanggung dan responsif;
4. Memperkuat tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan;
5. Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju;
6. Mewujudkan Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif dan efisien

RSOMH sebagai salah satu UPT vertikal di bawah Kementerian Kesehatan RI mempunyai 3 (tiga) tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, yaitu:

1. Rumah Sakit dengan pelayanan Otak dan Saraf yang unggul di Asia;
2. Pengampu nasional sesuai dengan kebijakan/ regulasi yang ditetapkan;
3. Penggerak pendidikan, penelitian dan pelatihan pelayanan Otak dan Saraf di Asia

Tujuan utama RSOMH Bukittinggi sesuai dengan tugas utama di atas adalah sebagai berikut:

1. Mewujudkan rumah sakit dengan pelayanan Otak dan Saraf terbaik di level Asia sesuai dengan kemajuan IPTEKDOK;
2. Mewujudkan penyelenggaraan pengampunan nasional sesuai dengan kebijakan/ regulasi yang ditetapkan;
3. Mewujudkan keandalan sarana dan prasarana kesehatan serta IT yang sesuai dengan kemajuan IPTEKDOK;
4. Mewujudkan SDM yang kompeten dengan kemajuan IPTEKDOK serta budaya organisasi yang ber-AKHLAK;
5. Mewujudkan inovasi pelayanan yang berfokus sesuai dengan hasil riset/ penelitian yang berfokus kepada kepuasan pelanggan;
6. Mewujudkan pengelolaan keuangan yang andal

Dalam rangka pencapaian tujuan di atas, terdapat beberapa permasalahan yang dihadapi beserta upaya yang dilakukan:

No	Masalah	Strategi
1	Keterbatasan anggaran dalam pelaksanaan kegiatan	a. Pelaksanaan kegiatan secara selektif sesuai dengan layanan unggulan yang akan dikembangkan tiap tahunnya b. Menggunakan penyediaan aset BLU dengan mekanisme pembelian melalui fasilitator
2	Masih terdapat beberapa gedung layanan yang sudah tidak sesuai standar dan membutuhkan peremajaan	a. Melakukan rehab ruangan dan pemeliharaan rutin ruangan b. Mengajukan anggaran dalam rangka pembangunan gedung yang sesuai standar
3	Masih terdapat kekurangan beberapa SDM yang mendukung layanan unggulan	a. Melakukan kerja sama dengan dokter-dokter sub spesialis/ tenaga yang dibutuhkan b. Merekrut pegawai mitra yang sesuai dengan kebutuhan c. Mengajukan kebutuhan SDM yang mendukung layanan unggulan ke kementerian kesehatan RI
4	Masih rendahnya minat penelitian dari pegawai rumah sakit	Meningkatkan budaya penelitian kepada seluruh civitas hospitalia

Dukungan anggaran biaya operasional yang berasal dari Rupiah Murni tentunya akan mengalami penurunan setiap tahunnya dengan melihat kondisi keuangan rumah sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi. Untuk menjalankan amanat negara dalam rangka menjaga kualitas kesehatan masyarakat (mengurangi tingkat kematian dan mengurangi risiko kecacatan), salah satu upaya yang akan digunakan adalah dengan memanfaatkan saldo awal. Selama tahun 2025-2029 saldo awal akan dipergunakan untuk:

1. Pengadaan obat dan BMHP, hal ini sejalan dengan peningkatan target volume pasien dan jenis layanan yang dibuka di RSOMH Bukittinggi
2. Pengadaan alat kesehatan yang mendukung peningkatan strata kompetensi rumah sakit. Peningkatan strata ini sangat penting dalam rangka menghadirkan RSOMH Bukittinggi sebagai salah satu rumah sakit vertikal yang mampu memberikan layanan yang dibutuhkan oleh masyarakat
3. Anggaran pengampunan ke rumah sakit lain dalam rangka peningkatan strata rumah sakit di sekitar, sehingga masyarakat lebih mudah untuk mendapatkan akses kesehatan
4. Anggaran Pendidikan, penelitian dan pelatihan dalam rangka peningkatan kualitas layanan
5. Pengadaan lain yang mendukung pelayanan kepada masyarakat

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Resume Renstra Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2025 tanggal 6 Oktober 2025. Sesuai dengan Renstra 2025-2029, visi Kementerian Kesehatan adalah **“Masyarakat yang Sehat dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045”**. Visi Kementerian Kesehatan selaras dengan RPJMN 2025-2029 **“Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”** yang merupakan penjabaran dari cita-cita Indonesia dalam RPJPN 2025-2045 yaitu **“Indonesia Emas 2045”**.

Kementerian Kesehatan melaksanakan Misi (*Asta Cita*) Presiden dan Wakil Presiden Periode 2025-2029 terutama pada Asta Cita nomor 4, yaitu “memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z dan penyandang disabilitas). Dalam mewujudkan visi, maka Kementerian Kesehatan telah menetapkan misi:

Tabel 1.1
Misi, Tujuan dan Indikator Tujuan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

No	Misi	Tujuan	Indikator Tujuan
1	Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup	Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	Usia Harapan Hidup Sehat/ <i>Healthy Adjusted Life Expectancy</i> (HALE)
2	Memenuhi layanan kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	Cakupan Layanan Kesehatan Esensial/ <i>Universal Health Coverage</i> (UHC) <i>Service Coverage Index</i>
3	Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif	Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif	<i>International Health Regulations</i> (IHR) score
4	Menguatkan tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan	Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat
5	Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju	Teknologi Kesehatan yang maju	Persentase populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional
6	Mewujudkan Kementerian Kesehatan yang <i>agile</i> , efektif dan efisien	Kementerian Kesehatan yang <i>agile</i> , efektif, dan efisien	Nilai <i>Good Public Governance</i> (GPG) Kementerian Kesehatan

Berdasarkan indikator tujuan yang akan dicapai, misi Kementerian Kesehatan yang diamanahkan ke rumah sakit adalah misi nomor 1, 2, 5 dan 6. Selain menetapkan misi, Kementerian Kesehatan telah menetapkan arah kebijakan tahun 2025-2029 **“Menjamin pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk di setiap kelompok, umur dan wilayah melalui penguatan transformasi kesehatan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya”**. Dalam pencapaian visi dengan arah kebijakan tersebut maka transformasi kesehatan merupakan strategi yang diambil oleh Kementerian Kesehatan.

1.2. Visi dan Misi Rumah Sakit M. Hatta Bukittinggi

RSOMH merupakan Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan dengan status Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang dipimpin oleh Direktur Utama yang secara hierarki bertanggung jawab langsung kepada Menteri Kesehatan melalui Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan. RSOMH memiliki layanan kekhususan di bidang otak dan saraf yang berperan dalam mewujudkan sasaran strategis yang berkaitan dengan peningkatan ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

Dalam mendukung pencapaian visi dan misi Kementerian Kesehatan, RSOMH telah menetapkan visi dan misi tahun 2025-2029 sebagai berikut:

A. VISI

Visi RSOMH adalah “Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan”

B. MISI

Misi RSOMH adalah:

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung;
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi layanan;
4. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan;
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional;
6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

RSOMH Bukittinggi sebagai salah satu UPT vertikal di bawah Kementerian Kesehatan RI mempunyai 3 (tiga) tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, yaitu:

1. Rumah Sakit dengan layanan unggulan otak dan saraf di Asia;
2. Pengampu nasional sesuai dengan kebijakan/ regulasi yang telah ditetapkan;
3. Penggerak pendidikan, penelitian dan pelatihan pelayanan otak dan saraf di Asia

Misi RSOMH Bukittinggi merupakan penjabaran dari misi Kementerian Kesehatan, yaitu:

Tabel 1.2
Analisa Kesesuaian Misi RSOMH Bukittinggi dengan Kementerian Kesehatan

No	Misi RSOMH	Analisa Kesesuaian
1	Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 1 dan 2
2	Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 6
3	Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi layanan	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 1 dan 2
4	Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 6
5	Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 2
6	Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkualitas dan inovatif	Sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan nomor 5 dan 6

Dalam pencapaian visi dan misi yang telah ditetapkan, diperlukan nilai penggerak sebagai berikut: (1) *Finance/* Keuangan, (2) Mutu Pelayanan, (3) Operasional *Excellence/* Pelayanan Prima, (4) Teknologi Informasi/ IT, (5) Tata Kelola, (6) Sumber Daya Manusia/ SDM, (7) *Branding* dan *Marketing*



Gambar 1.1.
Arah Kebijakan RSOMH M. Hatta

Rencana Strategis Bisnis RSOMH Bukittinggi tahun 2025-2029 mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dengan sasaran strategis sebagai berikut:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia;
2. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas;
3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan penelitian yang berkesinambungan;
4. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal;
5. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel;
6. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien;
7. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten;
8. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan;
9. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK;
10. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal.

1.3. Target Rencana Strategis Bisnis

Target yang ingin dicapai RSOMH Bukittinggi pada tahun 2029 adalah menjadi rumah sakit dengan layanan unggulan di Level Asia yang dapat menarik kembali pasien yang berobat ke luar negeri melalui perbaikan layanan yang dilakukan. Tahun 2029 RSOMH menarget 3 layanan sudah berada di strata kompetensi layanan paripurna, yaitu: Saraf/ *Neuroscience*, Rehabilitasi Medik, Jantung dan Pembuluh Darah. RSOMH Bukittinggi telah menyusun RSB 2025-2029 dengan tujuan sebagai berikut:

1. Sebagai dasar dalam menilai keberhasilan pencapaian visi dan misi RSOMH
2. Sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) tahunan yang efektif
3. Sebagai panduan dalam menentukan program strategis dan kegiatan prioritas selama tahun 2025-2029 di RSOMH Bukittinggi
4. Sebagai indikator untuk evaluasi penilaian kinerja RSOMH Bukittinggi setiap tahunnya dan selama kurun waktu 2025-2029

BAB II

ANALISIS DAN STRATEGI

2.1. Evaluasi Kinerja RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi

2.1.1. Profil Satuan Kerja

RSOMH merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan berasal dengan luas tanah $\pm 1,3$ hektar. Rumah Sakit M. Hatta Bukittinggi sebelumnya bernama Rumah Sakit Umum Pusat Bukittinggi yang secara historis berasal dari Rumah Sakit Immanuel yang didirikan sejak tahun 1978. Pada tanggal 09 April 2021 Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta (RSOMH) Bukittinggi diresmikan oleh Menteri Kesehatan Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC, CLU.

RSOMH Bukittinggi merupakan rumah sakit tipe III dengan susunan Direksi sebagai berikut :

Plt. Direktur Utama	: Dr. dr. Yusirwan, Sp.B, Sp.BA(K), MARS
Plt. Direktur Medik, keperawatan dan Penunjang	: dr. Sofni Sarmen, Sp.A., M. Biomed
Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian	: Zaineti, SKM, MM
Direktur Perencanaan, keuangan dan layanan Operasional	: Hilda Roza, SE, Ak, M.Si

Susunan Dewan Pengawas sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1135/2025 tanggal 20 November 2025 sebagai berikut:

Ketua	: Liliek Marhaendro Susilo, Ak, M.M
Anggota	: Zan Susilo Wahyu Mutaqin, S.K.M., M.Kes.
	: Ex Officio Kepala Kanwil Ditjen Kekayaan Negara Provinsi Riau, Sumatera Barat dan Kepulauan Riau (Wahyu Prihantoro, S.E., M.P)

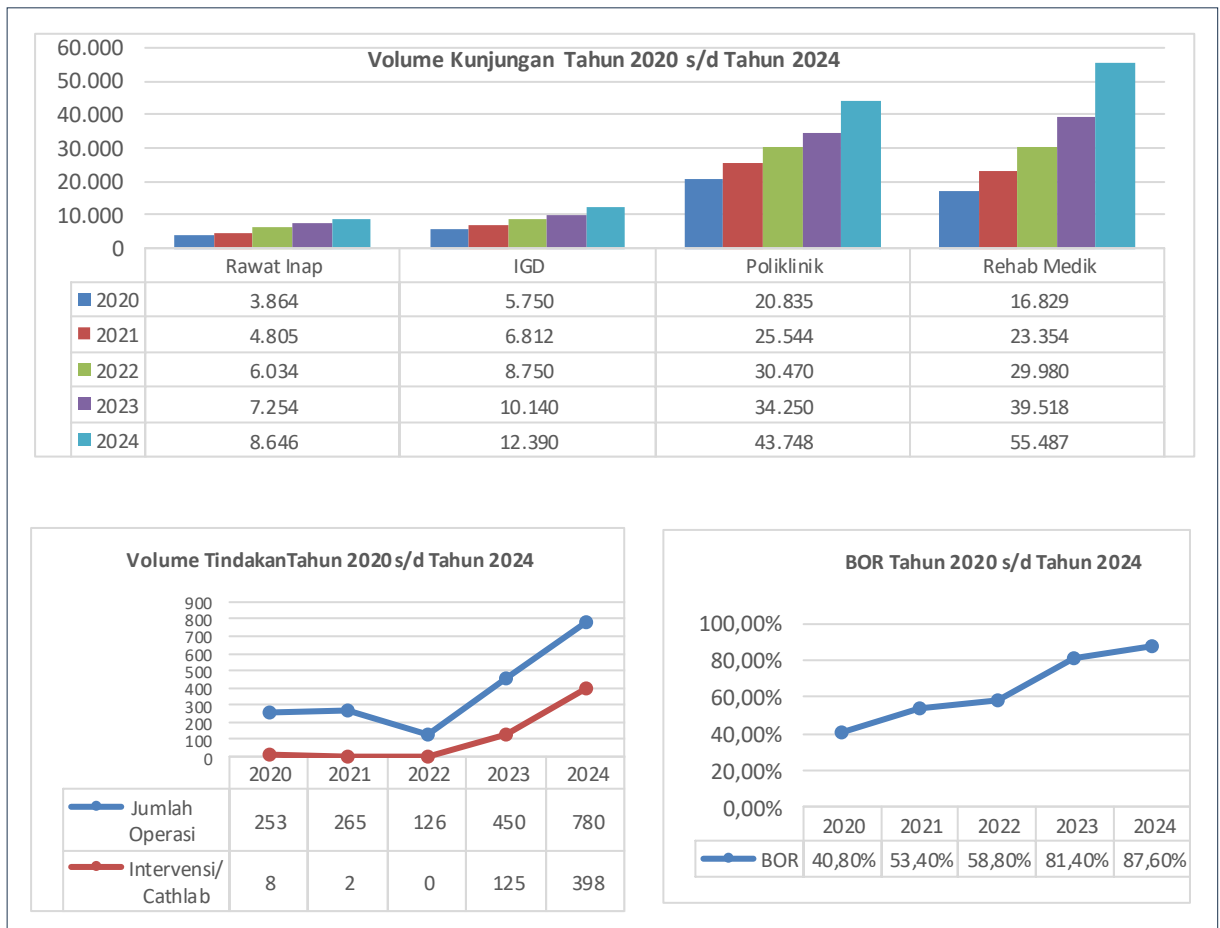
Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, *Urologi*, dan Kesehatan Ibu dan Anak, RSOMH Bukittinggi ditetapkan sebagai rumah sakit strata paripurna yang dapat melakukan pengampuan di wilayah Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau dan Jambi.

Selain sebagai rumah sakit pengampu untuk layanan stroke, Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi juga merupakan rumah sakit pendidikan dengan kekhususan di bidang layanan otak dan saraf. Dengan penunjukan sebagai rumah sakit pengampuan dan juga rumah sakit pendidikan, diharapkan akan menjadikan RSOMH Bukittinggi sebagai pusat pelayanan dan penelitian otak dan saraf minimal

untuk wilayah Sumatera Bagian Barat dan Tengah. Di samping pengampunan otak dan saraf, RSOMH Bukittinggi ke depan merencanakan untuk melaksanakan pengampunan layanan Rehabilitasi Medik serta Jantung dan Pembuluh Darah.

2.1.2. Aspek Pelayanan

Volume layanan yang ada di RSOMH Bukittinggi tiap tahunnya mengalami peningkatan. Hal ini dapat terlihat pada grafik berikut:



Gambar 2.1
Data Layanan Tahun 2020 s/d Tahun 2024

Berdasarkan grafik di atas, pada tahun 2020 s/d 2024 terdapat kenaikan rata-rata kunjungan pasien rawat inap sebesar 22,33%, kenaikan rata-rata kunjungan pasien IGD sebesar 21,25%, kenaikan rata-rata kunjungan pasien di poliklinik sebesar 20,51%, kenaikan rata-rata kunjungan pasien di rehabilitasi medik sebesar 34,84%, kenaikan rata-rata tindakan operasi sebesar 71% dan kenaikan rata-rata tindakan intervensi sebesar 14%

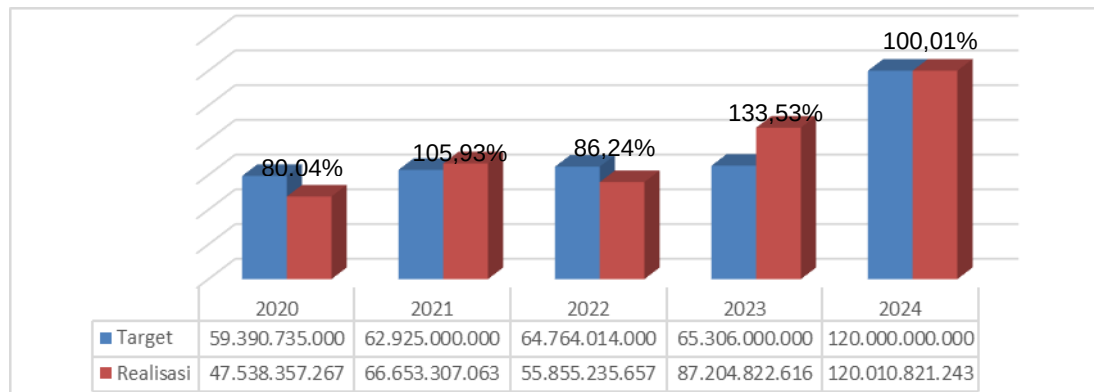
Kenaikan kunjungan pasien tertinggi terjadi tahun 2024, karena adanya penambahan beberapa jenis layanan di RSOMH Bukittinggi, yaitu bedah digestif, bedah urologi, bedah anak, dll. Tindakan intervensi terjadi peningkatan yang

signifikan pada tahun 2024 karena telah terjalinnya kerjasama pelaksanaan tindakan neuro intervensi dengan RS Pusat Otak Nasional Jakarta dan pada semester II tahun 2024 RSOMH Bukittinggi memiliki seorang dokter neurointervensi organik yang telah menyelesaikan pendidikan, selain itu tahun 2024 sudah terdapat dua orang dokter organik yang bisa melakukan tindakan.

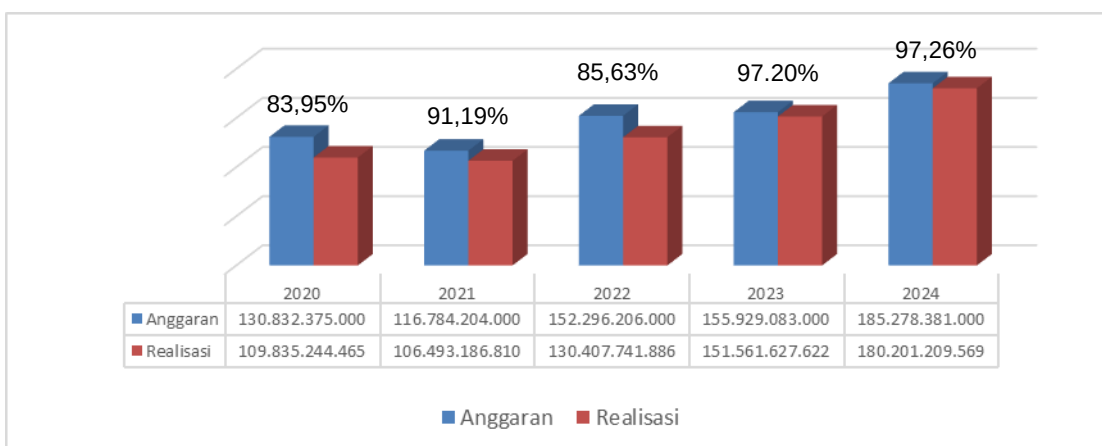
Pada tahun 2024, BOR di RSOMH Bukittinggi melebihi nilai standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan standar BOR adalah 60%-85% dengan tingkat BOR RSOMH Bukittinggi sebesar 87,6%. Hal ini menjadi prioritas utama bagi RSOMH Bukittinggi di tengah keterbatasan lahan dan keterbatasan ruangan.

2.1.3. Aspek Keuangan

Capaian Kinerja keuangan RSOMH Bukittinggi tahun 2020 s/d tahun 2024 dapat digambarkan sesuai dengan grafik berikut



Gambar 2.2
Target dan Realisasi Pendapatan Tahun 2020 s/d Tahun 2024



Gambar 2.3
Anggaran dan Realisasi Belanja Tahun 2020 s/d Tahun 2024

Realisasi pendapatan tahun 2020 s/d 2024 sebesar 80,04% s/d 133,53%, yang mana pada tahun anggaran 2020 dan 2022 pendapatan rumah sakit tidak mencapai

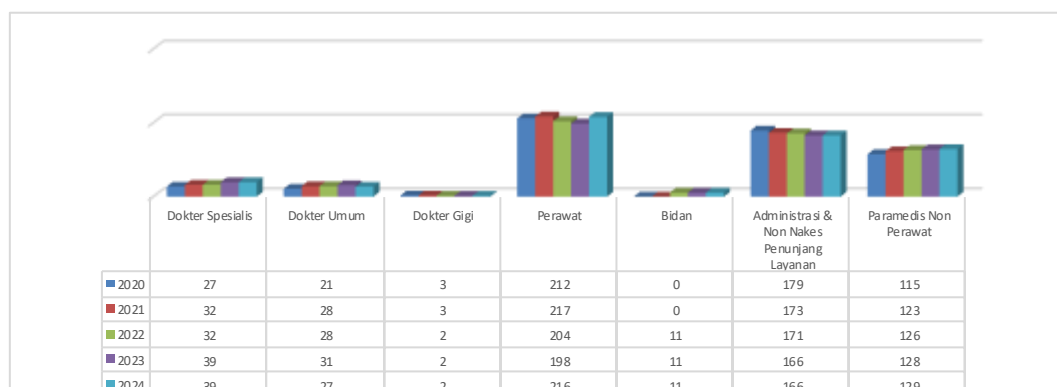
target yang telah ditetapkan karena adanya pandemi covid-19 tahun 2020 serta adanya SDM kekhususan (spesialis bedah saraf dan neurointervensi) yang mengajukan pindah tugas di tahun 2022. Tahun anggaran 2023 dan 2024 terjadi kenaikan realisasi pendapatan karena adanya optimalisasi layanan bedah sentral, optimalisasi alat cathlab, optimalisasi layanan non JKN seperti MCU dan SCU.

Peningkatan realisasi pendapatan yang signifikan terjadi pada tahun anggaran 2024, yang berdampak kepada pengajuan kenaikan target pendapatan dari Rp.66.311.854.000,- ke Rp. 120.000.000.000,- karena realisasi penerimaan BLU sesuai data SPAN sampai dengan 31 Agustus 2024 sebesar Rp.67.127.913.830,- (101,23% dari target pendapatan TA. 2024 yang telah ditetapkan).

Realisasi belanja tahun 2020 s/d 2024 berada di antara 83,95% s/d 97,26%. Penyerapan anggaran di RSOMH Bukittinggi tahun 2020 dan 2022 mengalami penurunan sesuai dengan tidak tercapainya target pendapatan di tahun tersebut. Tahun 2021, 2023 dan tahun 2024 penyerapan anggaran telah optimal dengan rata-rata penyerapan anggaran sebesar 95,22%. Optimalnya penyerapan anggaran tidak lepas dari peran monitoring dan evaluasi anggaran yang dilaksanakan rutin setiap bulan serta pelaksanaan pengadaan yang dilakukan secara selektif dan efisien.

2.1.4. Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)

Peningkatan kinerja layanan dan kinerja keuangan tidak lepas dari tersedianya Sumber Daya Manusia di RSOMH Bukittinggi.

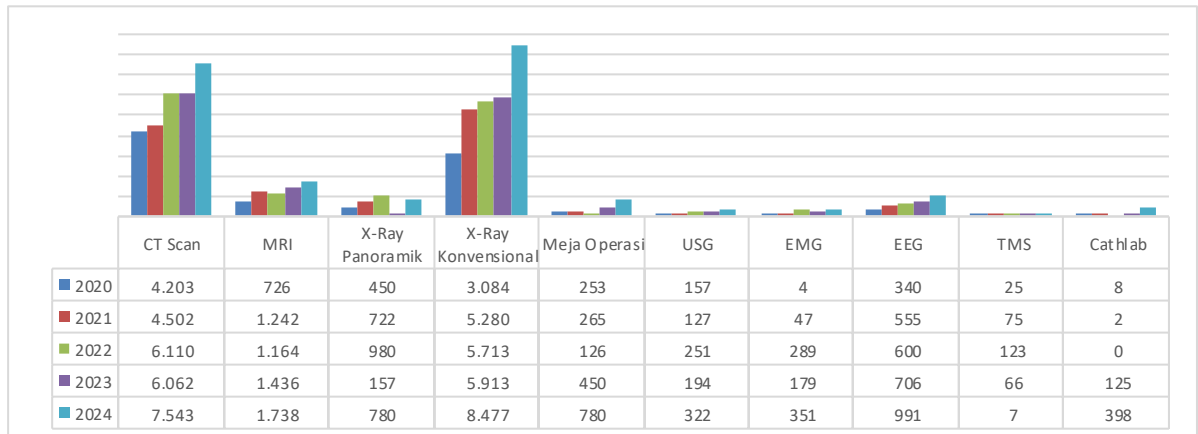


Gambar 2.4
Komposisi Sumber Daya Manusia Tahun 2020 s/d Tahun 2024 Per Jenis Jabatan

Sesuai grafik di atas dapat dilihat bahwa RSOMH Bukittinggi berupaya untuk menambah SDM yang bertugas melayani masyarakat, seperti dokter, perawat/ bidan dan paramedis non perawat. Penambahan SDM dilakukan sesuai dengan perhitungan Analisa Beban Kerja dan target pendapatan yang telah diajukan. SDM yang ada di RSOMH Bukittinggi terdiri dari PNS, PPPK, BLU, kontrak dan IKS

2.1.5. Aspek Sarana dan Prasarana

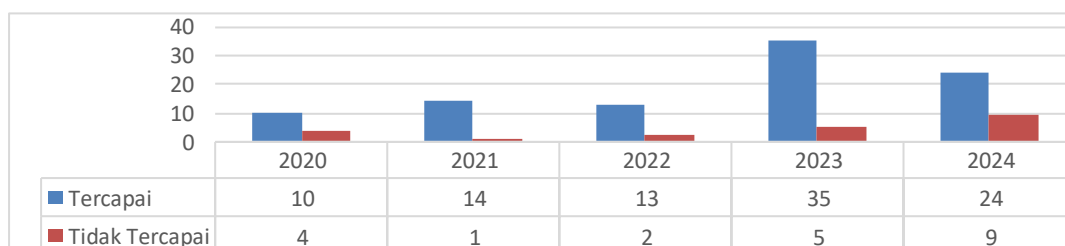
Tahun 2020 s/d tahun 2024 terjadi peningkatan utilitas alat kesehatan di RSOMH Bukittinggi. Peningkatan utilitas alat kesehatan tersebut sebanding dengan peningkatan volume layanan yang telah dijabarkan pada aspek layanan. *Cathlab* yang ada saat ini merupakan pengadaan tahun 2012 yang mana suku cadang sudah tidak tersedia lagi dan terdapat beberapa alat kesehatan lain yang membutuhkan peremajaan karena umur ekonomis sudah lebih dari 5 tahun seperti EMG dan TMS. Berikut alat dengan utilitas yang tinggi pada tahun 2020 s/d 2024:



Gambar 2.5
Utilitas Alat Kesehatan

2.1.6. Indikator Kinerja Utama (IKU)

Selain kinerja layanan, keuangan dan SDM, juga perlu dilakukan penilaian terhadap Indikator Kinerja Utama yang telah disusun dalam RSB 2020-2024. Mulai tahun 2023 s/d tahun 2024 selain Indikator Kinerja Utama yang telah disusun berdasarkan RSB juga terdapat indikator kinerja utama direktif yang merupakan turunan dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Direktorat TKPK)



Gambar 2.6
Capaian Indikator Kinerja Utama

Tidak tercapainya indikator kinerja utama tahun 2020-2024 disebabkan karena kurangnya monitoring terhadap tindak lanjut hasil evaluasi kinerja tiap bulannya. Pada tahun 2025-2029 akan ditingkatkan komitmen untuk melakukan pemantauan tindak lanjut hasil evaluasi kinerja.

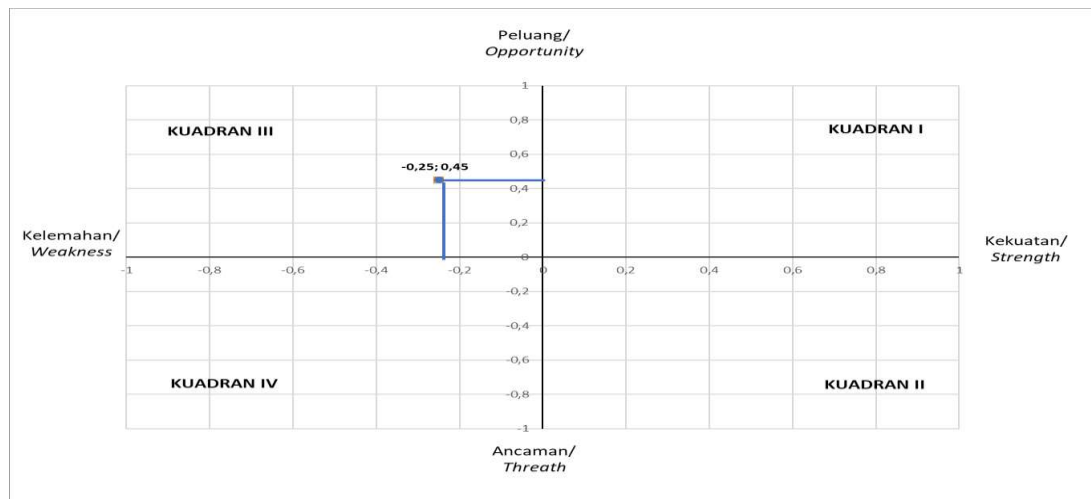
2.2. Analisis SWOT

2.2.1. Analisa SWOT

Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya RSOMH Bukittinggi dalam menilai faktor internal dan eksternal yang akan mendukung pencapaian visi dan misi. Analisa SWOT dilakukan berdasarkan masukan dari *stakeholder* dan evaluasi di lapangan (analisa SWOT terlampir)

2.2.2. Diagram Kartesius dan Analisa TOWS

Hubungan antara kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman tergambar pada diagram kartesius berikut:



Gambar 2.7
Diagram Kartesius

Sesuai analisa SWOT, RSOMH Bukittinggi berada pada kuadran III. Hal ini menunjukkan bahwa banyak peluang bagi RSOMH Bukittinggi dalam pencapaian visi dan misinya di tengah kelemahan yang masih harus diatasi. Menyiasati hal tersebut RSOMH Bukittinggi harus mengubah strategi dalam pencapaian visi dan misi dengan mengurangi kelemahan yang dimiliki, seperti:

- Mengusulkan penambahan SDM organik untuk layanan sub spesialis dalam rangka pemenuhan persyaratan kompetensi layanan otak dan saraf paripurna ke Kementerian Kesehatan, termasuk melakukan perikatan dengan dokter mitra melalui kerja sama serta meningkatkan kapasitas kompetensi SDM medis yang ada melalui *fellowship* dan/ atau pendidikan sub spesialis,
- Melakukan penataan ulan SDM berbasis ABK, kompetensi, penilaian kinerja dan *asesment* ulang. Selain itu dilakukan transformasi budaya kerja di lingkungan RSOMH Bukittinggi,
- Menerapkan pembayaran remunerasi berbasis kinerja dengan prinsip remunerasi berkeadilan.

Berdasarkan analisa SWOT tersebut, maka muncul analisa TOWS seperti yang tercantum tabel di bawah:

Tabel 2.1
Analisa TOWS

	THREAT	OPPORTUNITY
STRENGTH	Melakukan promosi digital dan <i>on the spot</i>	Mengembangkan layanan wisata kesehatan, seperti layanan Stroke Check Up (SCU), Medical Check Up (MCU), Neuro restorasi/ neuro rehabilitasi dan neuro intervensi
	Meningkatkan pengamanan data melalui sertifikasi ISO 27001	Mengembangkan kerjasama dengan faskes lainnya dalam rangka peningkatan utilitas alat neuro diagnostik seperti CT Scan dan MRI
	Meningkatkan kualitas klaim dengan memperkuat casemix serta merencanakan verifikasi klaim menggunakan aplikasi berbasis AI untuk meningkatkan kualitas klaim	Mengembangkan kerjasama dengan pihak penjamin pembiayaan kesehatan non BPJS dalam rangka peningkatan layanan non JKN
		Melakukan penelitian berbasis riset
		Melakukan kerjasama dengan rumah sakit di luar negeri
		Mengembangkan layanan non kekhususan seiring dengan terbukanya peluang rujukan berbasis kompetensi
		Meningkatkan kuantitas dan kualitas layanan melalui perbaikan pengalaman pasien dan promosi layanan
WEAKNESS	Meningkatkan kapasitas layanan dengan menambah luas lahan atau menambah sarpras bangunan/ gedung melalui peningkatan jumlah secara vertikal sampai 10 lantai	Melakukan pengampunan kepada rumah sakit yang diampu
	Menambah jumlah SDM medis (spesialis/ sub spesialis dan fellow) sehubungan dengan perubahan nomenklatur rumah sakit menjadi rumah sakit umum dengan layanan unggulan melalui kerjasama/ mitra	Menambah Ikatan Kerjasama (IKS) dengan dokter sub spesialis dalam rangka pengembangan layanan
	Meningkatkan kompetensi SDM rumah sakit	Melakukan penataan penempatan SDM melalui evaluasi kinerja dan assesment
	Memperbanyak IKS dengan institusi pendidikan (PPDS)	Membangun gedung layanan yang representatif
	Melakukan kerjasama dengan penyedia IT dalam rangka memenuhi kebutuhan peningkatan level IT rumah sakit, disamping pemenuhan melalui pengadaan barang dan jasa	Peremajaan dan pengembangan sarana dan prasarana rumah sakit yang mendukung pencapaian target kinerja rumah sakit
		Melakukan kerjasama penelitian dengan RS pendidikan utama dan labor penelitian
		Melakukan penambahan tenaga IT melalui rekrutmen dan/ atau kerjasama dengan institusi pendidikan
		Mengadakan alat kesehatan yang sesuai dengan perkembangan IPTEKDOK dalam rangka mendukung peningkatan strata kompetensi layanan

2.3. Inisiatif Strategis

2.3.1. Analisis dan Mitigasi Risiko

Analisis dan mitigasi risiko dilakukan untuk setiap program strategis yang terdiri dari risiko tinggi dan sedang sesuai daftar risiko terlampir.

2.3.2. Inisiatif Strategis

Inisiatif strategis menggambarkan jalinan hubungan sebab akibat atas berbagai sasaran strategis pada 4 (empat) perspektif, diantara perspektif *financial*, *stakeholder*, proses bisnis internal dan *learning and growth* yang disusun dan diadaptasi dari pendekatan *Balanced Scorecard*. Analisa TOWS merupakan suatu *tools* untuk mendapatkan pilihan strategi eksekusi dan program kerja dengan menggali empat pilihan:

1. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menggapai suatu *opportunity* (SO)
2. Memanfaatkan *strength* tertentu untuk menghadapi suatu *threat* (ST)
3. Meminimalkan atau meniadakan *weakness* tertentu dengan memanfaatkan *opportunity* tertentu (WO)
4. Meminimalkan atau meniadakan *weakness* tertentu dengan menghadapi *threat* tertentu (WT)

Sesuai dengan analisa SWOT dan TOWS, RS Otak M Hatta Bukittinggi memiliki sasaran strategis yang dikelompokkan ke dalam tiga pilar sesuai dengan pilar strategis yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu: pilar (1) Layanan terbaik level Asia, Pilar (2) Pengampu Nasional dan Pilar (3) Pengembangan Riset. RSOMH Bukittinggi memiliki inisiatif strategis yang berfokus pada efisiensi internal, inovasi hemat biaya (*low cost innovation*), peningkatan pelayanan dasar dan perbaikan cara kerja dan tata remunerasi sebagai berikut:

1. Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung;
2. Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara *end-to-end*: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD;
3. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien;
4. Memperkuat kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring;
5. Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset;
6. Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian *translational*;
7. Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi untuk data antrian pendaftaran, dan *medical record* yang terintegrasi;
8. Menerapkan digitalisasi sistem *inventory* RSV yang terintegrasi;
9. Memperkuat fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan *e-catalogue*;
10. Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan *Total Quality Management* (TQM);
11. Meningkatkan utilitas bed rawat inap;
12. Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV;
13. Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV;
14. Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya;
15. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*;
16. Meningkatkan mutu layanan unggulan;
17. Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN;
18. Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan;
19. Meningkatkan kualitas Tenaga Kesehatan (*nakes*) dan Tenaga Medis (*named*) melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi;
20. Meningkatkan efisiensi keuangan RSV;
21. Meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit;
22. Meningkatkan kualitas pengelolaan keuangan RS.

BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS 2025 – 2029

3.1. Program Kementerian Kesehatan

Selaras dengan Rencana Pembangunan Nasional dan Rencana Induk Bidang Kesehatan, arah kebijakan Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 yaitu: Menjamin pemerataan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk di setiap kelompok, umur dan wilayah melalui penguatan transformasi kesehatan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Arah kebijakan tersebut memastikan tidak ada kesenjangan antara laki-laki dan perempuan dalam mengakses pelayanan kesehatan dan Kementerian Kesehatan akan memastikan tidak ada satu orang pun yang tertinggal dalam pembangunan kesehatan (*no one left behind*).

Tahun 2025-2029, Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk melanjutkan transformasi kesehatan yang mencakup:

1. **Transformasi Layanan Primer** bertujuan untuk mewujudkan masyarakat sehat di setiap siklus hidup melalui peningkatan layanan kesehatan berdasarkan siklus hidup dan peningkatan akses serta kualitas pelayanan primer.
2. **Transformasi Layanan Lanjutan** bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu layanan kesehatan lanjutan secara merata di Indonesia, terutama: (i) perluasan jejaring rumah sakit, (ii) penguatan sistem rujukan berbasis kompetensi yang terintegrasi, (iii) peningkatan standar pelayanan berkualitas tinggi, dan (iv) penguatan layanan terhadap 10 penyakit prioritas.
3. **Transformasi Ketahanan Kesehatan** merupakan pilar ketiga transformasi kesehatan yang bertujuan untuk memperkuat kapasitas ketahanan sistem ketahanan nasional dalam menghadapi ancaman kesehatan global maupun nasional.
4. **Transformasi Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan** merupakan pilar keempat transformasi kesehatan yang berfokus pada peningkatan akses layanan yang adil dan terjangkau, terutama bagi kelompok masyarakat rentan.
5. **Transformasi SDM Kesehatan** merupakan pilar kelima dalam transformasi kesehatan Indonesia yang bertujuan untuk menjamin kecukupan dan pemerataan SDM kesehatan yang kompeten secara proporsional terhadap jumlah penduduk, termasuk di kawasan DTPK.
6. **Transformasi Teknologi Kesehatan** merupakan pilar keenam dalam transformasi kesehatan yang berfokus pada pemanfaatan teknologi informasi dan bioteknologi.

3.2. Strategi Bisnis BLU

RSOMH Bukittinggi telah menyusun *roadmap* kegiatan masing-masing sasaran strategis untuk periode 2025-2029. Kegiatan disusun sesuai dengan inisiatif strategis dan sesuai dengan kemampuan sumber daya rumah sakit setiap tahunnya. *Roadmap* kegiatan periode 2025-2029 dapat dilihat pada lampiran 11. Selain menyusun *roadmap* kegiatan, RSOMH Bukittinggi juga menyusun *roadmap* dalam bentuk *gant chart* yang dipetakan berdasarkan program strategis. *Roadmap* ini menggambarkan pelaksanaan program strategis yang dibagi ke dalam 3 fase pelaksanaan. Tahun anggaran 2025-2029, RSOMH Bukittinggi telah menetapkan sasaran strategis, inisiatif strategis dan program strategis sebagai berikut:

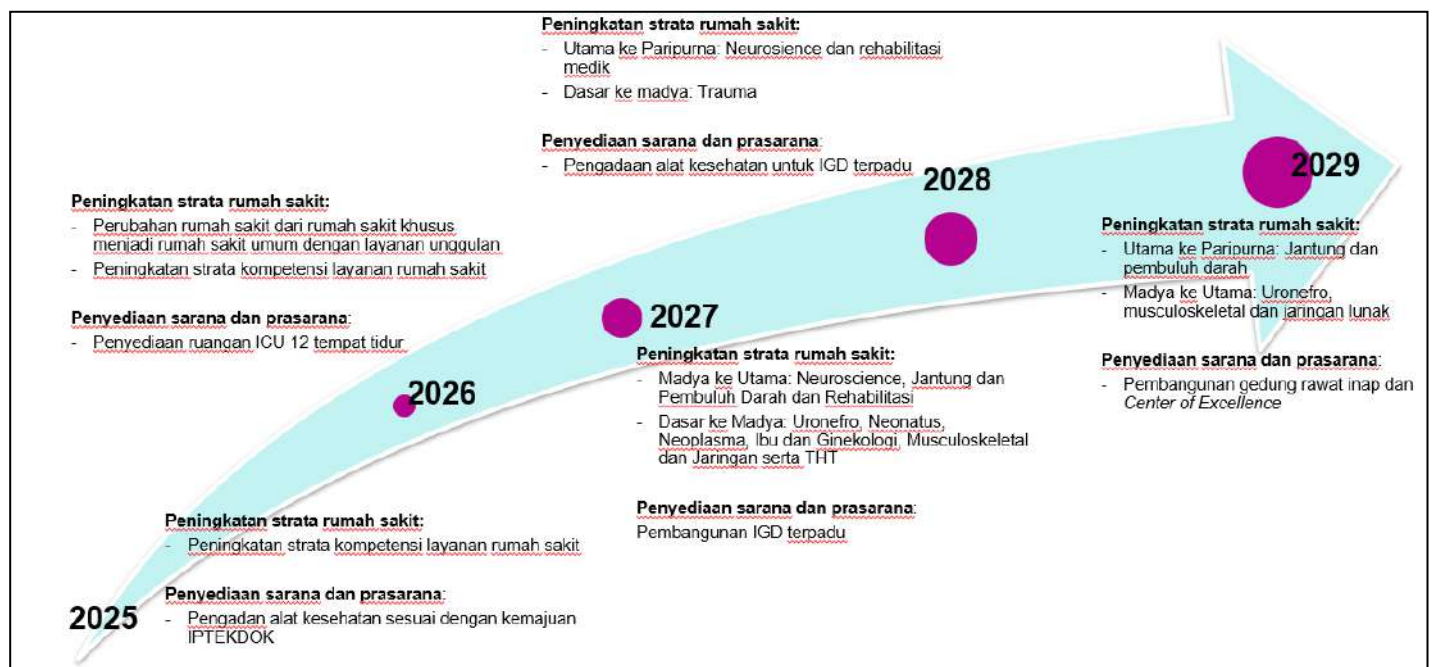
Tabel 3.1
Sasaran Strategis, Inisiatif Strategis dan Program Strategis 2025-2029

No.	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	a. Memperbaiki fasilitas parkir b. Memperbaiki fasilitas taman c. Memperbaiki fasilitas toilet d. Memperbaiki fasilitas ruang tunggu
		Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana rumah sakit	a. Menambah sarana dan prasarana kesehatan b. Mengadakan alat kesehatan sesuai dengan layanan c. Melakukan pemeliharaan sarana dan prasarana
		Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	a. Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap b. Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan c. Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif d. Memperbaiki waktu pelayanan radiologi e. Memperbaiki waktu pelayanan radiologi non konvensional f. Memperbaiki waktu pelayanan laboratorium g. Memperbaiki waktu pelayanan IGD h. Melakukan penambahan SDM
		Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	a. Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i> b. Melakukan edukasi dan penyuluhan kesehatan secara berkala c. Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien d. Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	Memiliki layanan unggulan berbasis riset
		Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian

No.	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	a. Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi b. Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi
		Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi
		Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	a. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial b. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap	a. Meningkatkan efisiensi perawatan pasien b. Meningkatkan produktivitas SDM dan alat
		Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan
		Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
		Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	a. Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i> b. Peningkatan capaian indikator klinis c. Penurunan Angka kejadian CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>) d. Penurunan Angka kejadian VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>) e. Penurunan Angka kejadian CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU f. Penurunan Angka kejadian SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) dengan jenis tindakan operasi
		Meningkatkan mutu layanan unggulan	a. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i> b. Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK) c. Melakukan review PPK untuk seluruh layanan unggulan d. Melaksanakan evaluasi capaian INM e. Melaksanakan evaluasi capaian IKP f. Melaksanakan evaluasi capaian mutu area klinis
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	a. Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS b. Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien c. Mengembangkan layanan non-JKN d. Mengimplementasi pola tarif non-JKN

No.	Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	a. Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik b. Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap c. Mengimplementasi pola remunerasi
		Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang tersertifikasi	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	Peningkatan efisiensi keuangan RS
		Meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit	Peningkatan capaian pendapatan rumah sakit
		Meningkatkan kualitas keuangan RS	a. Peningkatan nilai kinerja penganggaran b. Peningkatan capaian realisasi anggaran

Dalam rangka pelaksanaan strategi bisnis di atas, maka telah disusun roadmap kegiatan tiap tahun sebagai berikut:



Gambar 3.1
Roadmap Pengembangan BLU

3.3. Indikator Kinerja Utama

Dalam rangka mewujudkan visi di penghujung tahun 2029, maka disusun Indikator Kinerja Utama atau KPI (*Key Performance Indikator*) dan target KPI periode 2025-2029.

Tabel 3.2
Indikator Kinerja Utama Periode 2025-2029

No.	Objektif	Indikator	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
1	Meningkatkan efisiensi biaya	EBIDTA margin (% terhadap pendapatan operasional neto)	1%	1%	2%	2%	3%
2	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	76,61-88,30 (Baik)	76,61-88,30 (Baik)	76,61-88,30 (Baik)	88,31-100 (Sangat Baik)	88,31-100 (Sangat Baik)
3	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
4	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
5	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
6	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU maturity rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	70%	70%	70%	70%
8	Memberikan pelayanan berkualitas	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates					
		CAUTI	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰
		VAP	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰
		CLABSI	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰
		SSI	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰
9	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih rumah sakit)					
		Pasien stroke hiperakut (< 4,5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontrast ≤ 30 menit	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
		Pasien stroke iskemik onset < 4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
		Pasien stroke iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%
		Pasien Stroke Iskemik pulang dalam kondisi hidup	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%
10	Meningkatkan pendapatan non-JKN	% pendapatan non JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit	10%	10%	15%	30%	50%
11	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan prositif	Skor tingkat kepuasan pegawai	76,61-88,30 (Puas)	76,61-88,30 (Puas)	76,61-88,30 (Puas)	88,31-100 (Sangat Puas)	88,31-100 (Sangat Puas)
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	Training Effectiveness Indeks (TEI)	70%	73,75%	77,50%	81,25%	85%

3.4. Proyeksi Keuangan

Target pendapatan yang akan dicapai oleh RSOMH Bukittinggi selama tahun 2025-2029 sejalan dengan peningkatan kualitas layanan dan peningkatan jenis layanan di RSOMH Bukittinggi. Pada Revisi RSB 2025-2029 terdapat penurunan target tahun 2027-2029 dengan justifikasi peningkatan volume layanan seiring dengan perubahan nomenklatur rumah sakit dari rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum dengan layanan unggulan, tetapi untuk beberapa layanan berpotensi terjadi penurunan tarif karena pelaksanaan IDRG sesuai kompetensi layanan rumah sakit yang berdampak terhadap pendapatan. Revisi target pendapatan tahun 2025-2029 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.3
Target Pendapatan RSOMH Bukittinggi Periode 2025-2029

Kode Akun	Uraian Akun	Tahun Anggaran				
		2025	2026	2027	2028	2029
424111	Pendapatan jasa pelayanan rumah sakit	140.704.000.000	154.307.000.000	154.170.000.000	157.015.000.000	161.690.000.000
424312	Pendapatan hasil kerja sama lembaga/ badan usaha	85.000.000	280.000.000	425.000.000	510.000.000	680.000.000
424911	Pendapatan jasa layanan perbankan BLU	1.500.000.000	1.560.000.000	1.575.000.000	1.590.000.000	1.605.000.000
424919	Pendapatan lain-lain BLU	650.000.000	700.000.000	750.000.000	800.000.000	925.000.000
424922	Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung	61.000.000	70.000.000	80.000.000	85.000.000	100.000.000
TOTAL		143.000.000.000	156.917.000.000	157.000.000.000	160.000.000.000	165.000.000.000

Revisi target pendapatan juta berdampak terhadap proyeksi belanja untuk periode 2025-2029. Proyeksi belanja menggambarkan kebutuhan anggaran untuk pengembangan dan operasional rumah sakit selama periode 2025-2029. Salah satu fokus pengembangan RSOMH Bukittinggi adalah penambahan ruangan ICU pada tahun 2025, pembangunan gedung IGD terpadu tahun 2027 dan *Center of Excellent* tahun 2029. Proyeksi belanja tahun 2025-2029 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.4
Proyeksi Belanja RSOMH Bukittinggi Periode 2025-2029

Keterangan	Tahun Anggaran				
	2025	2026	2027	2028	2029
A. Belanja Rupiah Murni	57.429.009.000	50.083.680.000	93.262.560.000	204.721.122.000	78.427.087.000
Belanja Pegawai (51)	41.318.015.000	44.575.081.000	47.747.981.000	53.441.122.000	57.187.087.000
Belanja Barang (52)	6.812.065.000	5.508.599.000	10.100.000.000	10.000.000.000	5.000.000.000
Belanja Modal (53)	9.298.929.000		35.414.579.000	141.280.000.000	16.240.000.000
B. Belanja BLU	153.483.944.000	156.917.000.000	167.000.000.000	170.000.000.000	170.000.000.000
Belanja Barang (52)	142.558.549.000	132.291.319.000	147.922.855.000	148.503.355.000	158.119.855.000
Belanja Modal (53)	10.925.395.000	24.625.681.000	19.077.145.000	21.496.645.000	11.880.145.000
B. Belanja PHLN	-	-	231.700.000.000	-	300.000.000.000
Belanja Barang (52)	-	-			
Belanja Modal (53)	-	-	231.700.000.000		300.000.000.000
TOTAL	210.912.953.000	207.000.680.000	491.962.560.000	374.721.122.000	548.427.087.000

Belanja modal dengan anggaran terbesar yang dibutuhkan oleh RSOMH Bukittinggi tahun 2025-2029 adalah sebagai berikut:

1. Tahun 2026 dibutuhkan anggaran sebesar Rp. 55.007.155.000,- dalam rangka penambahan ruangan ICU dengan alat kesehatan yang sesuai standar, karena tingginya kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan rawatan intensif. Kegiatan ini dilakukan melalui mekanisme pembelian melalui fasilitator
2. Belanja BLU terdiri dari penggunaan target pendapatan tahun berjalan ditambah dengan penggunaan saldo awal dan/ atau pagu berimbang
3. Tahun 2027 dibutuhkan anggaran sebesar Rp. 231.700.000.000,- untuk pembangunan gedung IGD Terpadu dengan perkiraan biaya Rp.231.700.000.000,- dan pengadaan alat kesehatan yang mendukung peningkatan kompetensi rumah sakit sebesar Rp. 35.414.579.000,-
4. Tahun 2028 dibutuhkan anggaran sebesar Rp.141.280.000.000 dalam rangka pengadaan alat kesehatan dan keperawatan untuk mengisi gedung IGD terpadu
5. Tahun 2029 dibutuhkan anggaran sebesar Rp. 300.000.000.000,- dalam rangka pengisian alat kesehatan dan keperawatan untuk pengisian gedung COE.

Tahun 2025 s/d 2029, RSOMH Bukittinggi memproyeksikan realisasi anggaran antara pelaporan dengan sistem SAP sama dengan metode SAK (proyeksi terlampir)

BAB IV PENUTUP

4.1. Kesimpulan

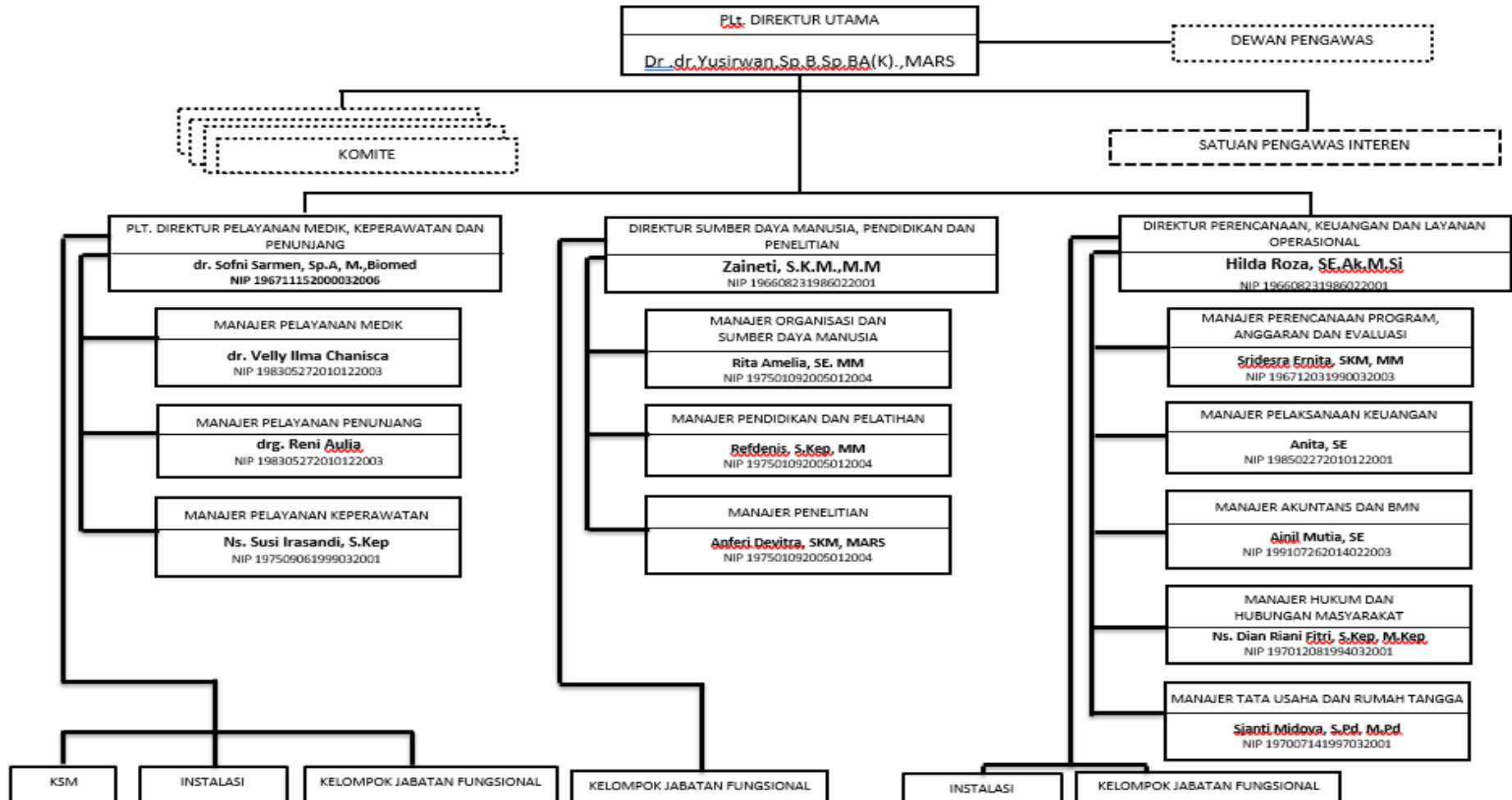
1. Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSOMH Bukittinggi merupakan dokumen perencanaan lima tahunan yang memuat visi, misi, inisiatif strategis, sasaran strategis, program strategis serta Indikator Kinerja Utama yang mengacu kepada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan;
2. Rencana Strategis Bisnis (RSB) menjadi acuan bagi RSOMH Bukittinggi dalam menyusun Rencana Bisnis Anggaran (RBA);
3. Visi dan Misi RS Otak M Hatta Bukittinggi selaras dengan Visi dan Misi Presiden tahun 2025- 2029 dan Kementerian Kesehatan, yaitu “Rumah Sakit dengan Layanan Unggulan Otak dan Saraf dan Rehabilitasi Medik di Level Asia dengan Pertumbuhan Berkelanjutan”;
4. RS Otak M. Hatta Bukittinggi turut mendukung kebijakan Kementerian Kesehatan yang telah dituangkan dalam 3 (tiga) pilar utama strategi dan transformasi, yaitu: Layanan terbaik level Asia, pengampu nasional dan pengembangan riset;
5. Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi telah menetapkan target pendapatan tahun 2025-2029 berkisar pada angka 143 milyar s/d 165 milyar setahun dengan target pendapatan 10% di tahun 2025-2029; (terlampir)
6. Rumah sakit memanfaatkan saldo awal untuk memenuhi anggaran dalam rangka pelayanan kepada masyarakat, seperti pengadaan obat dan BMHP serta pengadaan alat kesehatan yang menunjang peningkatan kualitas layanan kepada masyarakat;
7. Sebagai rumah sakit khusus, RSOMH Bukittinggi telah menetapkan target EBITDA margin tahun 2025-2029 sebesar 1% s/d 3% sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor: HK.02.02/D.1334/2025 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Strategis Bisnis Satuan Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029
8. RSOMH Bukittinggi efisiensi dalam penggunaan anggaran belanja tanpa mengurangi tingkat kepuasan masyarakat terhadap layanan, rencana efisiensi dapat terlihat pada proyeksi rasio keuangan tahun 2025 s/d 2029 (terlampir)

4.2. Hal-hal Penting

1. Menindaklanjuti Surat Edaran Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan nomor YR.02.01/D/5352/2025 tentang Perubahan Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit dengan Layanan Unggulan, rentang tahun 2026-2027 akan ada perubahan nomenklatur rumah sakit khusus menjadi rumah sakit dengan layanan unggulan yang akan berdampak terhadap perubahan visi, misi, tujuan dan sasaran strategis rumah sakit dimasa yang akan datang. Disamping itu tahun depan akan terjadi perubahan pola rujukan seiring dengan perubahan tarif JKN dari rujukan berjenjang menjadi layanan berbasis kompetensi yang akan berdampak terhadap perubahan strategi rumah sakit ditahun mendatang
2. Perlunya penambahan ruangan ICU, termasuk alat kesehatan dengan perkiraan kebutuhan biaya sebesar Rp. 55.007.155.000,- pada tahun 2026. Penambahan ruangan ICU ini mempertimbangkan pemenuhan standar kapasitas tempat tidur ICU, pengembangan layanan bedah dan akibat tingginya jumlah pasien tertolak yang membutuhkan rawatan intensif
3. Masih terdapat beberapa gedung layanan yang membutuhkan peremajaan dan sudah tidak sesuai standar dengan kebutuhan anggaran:
 - a. Pembangunan gedung IGD Terpadu dengan perkiraan biaya Rp.231.700.000.000 tahun 2027
 - b. Pembangunan gedung COE dan rawat inap sebesar Rp 300.000.000.000 tahun 2029
 - a. Penambahan alat kesehatan dalam rangka mengisi gedung layanan baru dan peremajaan alat kesehatan berupa pengadaan alat kesehatan dan keperawatan untuk mengisi gedung IGD terpadu sebesar Rp.141.280.000.000 ditahun 2028 dan pengadaan alat cahtlab sebesar Rp35.000.000.000,- di tahun 2026
4. RSOMH Bukittinggi masih membutuhkan beberapa SDM organik yang akan mendukung pelayanan dan pengembangan layanan otak dan saraf;
5. Keterbatasan lahan milik RSOMH untuk melakukan pembangunan, yang mana dengan terbitnya Peraturan Walikota (Perwali) Bukittinggi nomor 18 Tahun 2021 tentang Rencana Detail tata Ruang Kota Bukittinggi yang memberikan peluang untuk melakukan pengembangan rumah sakit secara vertikal. Selain itu, adanya Keterangan Rencana Kota (KRK) Kota Bukittinggi tahun 2024 yang memberikan peluang untuk melakukan penambahan jumlah ketinggian gedung menjadi 8 tingkat;
6. Tingginya minat masyarakat untuk berobat ke RSOMH Bukittinggi karena *brand image*

LAMPIRAN

Lampiran 1
Struktur Organisasi RSOMH Bukittinggi



Lampiran 2
Data 10 Penyakit Terbanyak Tahun 2020-2024

10 Besar Penyakit Rawat Jalan tahun 2020 – 2024

2020			2021			2022			2023			2024		
No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah
1	Stroke Iskemik	5.868	1	Stroke Iskemik	7.285	1	Cerebral Infarction, Unspecified	7.285	1	Lumbar And Other Intervertebral Disc Disorders With Radiculopa	4.475	1	Lumbar And Other Intervertebral Disc Disorders With Radiculopa	7.873
2	Hernia Nucleus Pulposus	1.502	2	Hernia Nucleus Pulposus	2.683	2	Care Involving Use Of Other Rehabilitation Procedures	2.683	2	Sequelae Of Cerebral Infarction	2.710	2	Sequelae Of Cerebral Infarction	5.949
3	Epilepsi	1.330	3	Epilepsi	1.728	3	Lumbar And Other Intervertebral Disc Disorders With Radiculopa	1.728	3	Cerebral Infarction, Unspecified	2.281	3	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	2.113
4	Low Back Pain	1.069	4	Low Back Pain	1.067	4	Epilepsi Unspecified	1.067	4	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	2.025	4	Cervical Disc Disorder With Radiculopathy	1.726
5	Shizophrenia	866	5	Hipertensi	1.028	5	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	1.028	5	Essential (Primary) Hypertension	867	5	Atherosclerotic Heart Disease	1.316
6	GAD	587	6	Shizophrenia	916	6	Essential (Primary) Hypertension	916	6	Epilepsy, Unspecified	867	6	Epilepsy, Unspecified	1.096
7	Hipertensi	526	7	GAD	581	7	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Precerebral Arteries	581	7	Cervical Disc Disorder With Radiculopathy	847	7	Cerebral Infarction, Unspecified	851
8	Cephalgia	393	8	SOL	488	8	Low Back Pain	488	8	Low Back Pain	699	8	Low Back Pain	777
9	SOL	383	9	Diabetes Militus	412	9	Encounter For Administrative Examinations, Unspecified	412	9	Intracranial Space-Occupying Lesion	514	9	Sequelae Of Intracerebral Hemorrhage	520
10	Diabetes Militus	359	10	Cephalgia	295	10	Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus	295	10	Sequelae Of Intracerebral Hemorrhage	375	10	With Neurological Complications	485

Sumber: Laporan Kinerja Rekam Medis

10 Besar Penyakit Rawat Inap tahun 2020 – 2024

2020			2021			2022			2023			2024		
No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah	No.	Nama Penyakit	Jumlah
1	Stroke Iskemik	1.964	1	Stroke Iskemik	2.473	1	Cerebral Infarction, Unspecified	2.277	1	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	2.083	1	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	3.536
2	Stroke Haemorrhagic	461	2	Stroke Haemorrhagic	512	2	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Cerebral Arteries	685	2	Cerebral Infarction, Unspecified	1.194	2	Cerebral Infarction, Unspecified	504
3	SOL	66	3	Covid-19	341	3	Intracranial Hemorrhage (Nontraumatic), Unspecified	243	3	Cerebral Infarction Due To Embolism Of Cerebral Arteries	159	3	Typhoid Fever	216
4	Demam Thypoid	61	4	SOL	86	4	Intracerebral Hemorrhage, Unspecified	203	4	Intracranial Space-Occupying Lesion	154	4	Intracerebral Hemorrhage In Hemisphere, Cortical	206
5	Diabetes Militus Type 2	51	5	Demam Thypoid	80	5	Typhoid Fever	177	5	Typhoid Fever	149	5	Cerebral Infarction Due To Thrombosis of Cerebral Arteries	159
6	DHF	48	6	Cedera kepala ringan	48	6	Stroke	125	6	Intracerebral Hemorrhage In Hemisphere, Cortical	143	6	Intracerebral Hemorrhage In Hemisphere, Subcortical	153
7	Dypepsia	45	7	Dypepsia	47	7	Covid 19, Virus Identified	121	7	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Precerebral Arteries	143	7	Unstable Angina	140
8	Covid-19	36	8	Diabetes Militus Type 2	41	8	Cerebral Infarction Due To Thrombosis Of Precerebral Arteries	103	8	Intracerebral Hemorrhage, Unspecified	140	8	Acute Transmural Myocardial Infarction of Anterior Wall	139
9	Low Back Pain	34	9	Low Back Pain	37	9	Intracranial Space-Occupying Lesion	76	9	Intracerebral Hemorrhage In Hemisphere, Subcortical	115	9	Intracranial Space-Occupying Lesion	118
10	TIA	33	10	CKD	30	10	Dengue Haemorrhagic Fever	71	10	Intracranial Injury, Unspecified	112	10	Newborn Affected By Caesarean Delivery	114

Sumber: Laporan Kinerja Rekam Medis

Lampiran 3
Data Rincian Pendapatan dan Belanja Tahun 2020 s/d 2024

A. Pendapatan

MAK	Uraian MAK	2020		2021		2022		2023		2024	
		Target	Realiasi	Target	Realiasi	Target	Realiasi	Target	Realiasi	Target	Realiasi
424111	Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	59.390.735.000	46.011.905.332	62.925.000.000	37.172.014.672	64.764.014.000	46.693.402.362	65.306.000.000	85.424.054.987	120.000.000.000	117.921.897.279
424119	Pendapatan Jasa Penyediaan Barang dan						222.050.000				
424312	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/		7.000.000		7.200.000		6.600.000		6.600.000		49.170.000
424421	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang		52.250.000		28.629.687.100		7.251.190.000		180.203.000		18.930.000
424422	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang		47.500.000		-						
424911	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU		784.413.826		459.214.763		1.149.740.395		816.834.214		1.225.043.541
424919	Pendapatan Lain-lain BLU		268.410.603		4.906.911		55.441.718		757.491.545		416.993.650
424922	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung		-		223.047.200		12.600.000		17.000.000		217.000.000
	Pendapatan PNPB lainnya		366.877.506		157.236.417		464.211.182		2.638.870		161.786.773
Total	Total	59.390.735.000	47.538.357.267	62.925.000.000	66.653.307.063	64.764.014.000	55.855.235.657	65.306.000.000	87.204.822.616	120.000.000.000	120.010.821.243
	Persentase Capaian	80,04%		105,93%		86,24%		133,53%		100,01%	

Penjelasan:

- a. Tahun 2020 target pendapatan tidak memenuhi target karena terdapat penurunan volume layanan BPJS sejak bulan April 2020 karena terjadinya pandemi covid-19 dan terdapat klaim BPJS tahun 2020 yang masih proses pending sampai dengan bulan Desember 2020
- b. Tahun 2021 pendapatan melebihi target karena adanya pendapatan layanan covid-19, yang mana RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit yang melayani pasien covid-19 di wilayah Bukittinggi
- c. Tahun 2022 target pendapatan belum tercapai karena:
 - Masih rendahnya volume kunjungan pasien yang berdampak kepada capaian BOR semester I. Hal ini karena masih rendahnya kepercayaan masyarakat untuk berobat pasca pandemi covid-19
 - Belum terlaksananya layanan intervensi karena masih proses penggantian suku cadang dan proses kredensial BPJS untuk layanan cardiointervensi
 - Tahun 2020 dokter spesialis bedah saraf mengajukan mutasi ke rumah sakit daerah dan dokter pengganti baru masuk pada bulan November 2022
 - Tarif masih mengacu pada PMK Nomor 150 tahun 2013 tentang tarif pelayanan RSSN Bukittinggi, karena masih proses revisi
- d. Tahun 2023 realisasi pendapatan jauh di atas target yang ditetapkan, hal ini terjadi karena: naiknya nilai klaim BPJS yang disebabkan naiknya kelas rumah sakit, naiknya volume layanan bedah saraf serta bertambahnya volume pasien intervensi jantung dan intervensi neuro karena sudah adanya dokter intervensi
- e. Tahun 2024 realisasi pendapatan jauh di atas target awal yang ditetapkan, tetapi karena bulan Agustus target sudah tercapai maka dilakukan revisi untuk menaikkan target pendapatan. Tercapainya target pada bulan Agustus karena adanya kenaikan volume bedah saraf, urologi dan digestif, meningkatnya volume layanan intervensi dan layanan non JKN lainnya. Pendapatan BLU tahun 2024 setelah dilakukan revisi naik target, secara cash tercapai sebesar Rp.119.849.034.470,- dari target sebesar Rp. 120.000.000.000,- karena masih adanya klaim BPJS yang belum dibayarkan. Selain itu, tahun 2024 terdapat pendapatan PNPB lainnya yang sebesar Rp. 161.786.773,- berupa: hasil lelang peralatan dan mesin rusak berat sebesar Rp.151.150.098,-; Penerimaan kembali belanja barang tahun anggaran yang lalu sebesar Rp. 10.635.718,-; Penerimaan kembali belanja pegawai tahun anggaran yang lalu sebesar Rp. 957,-

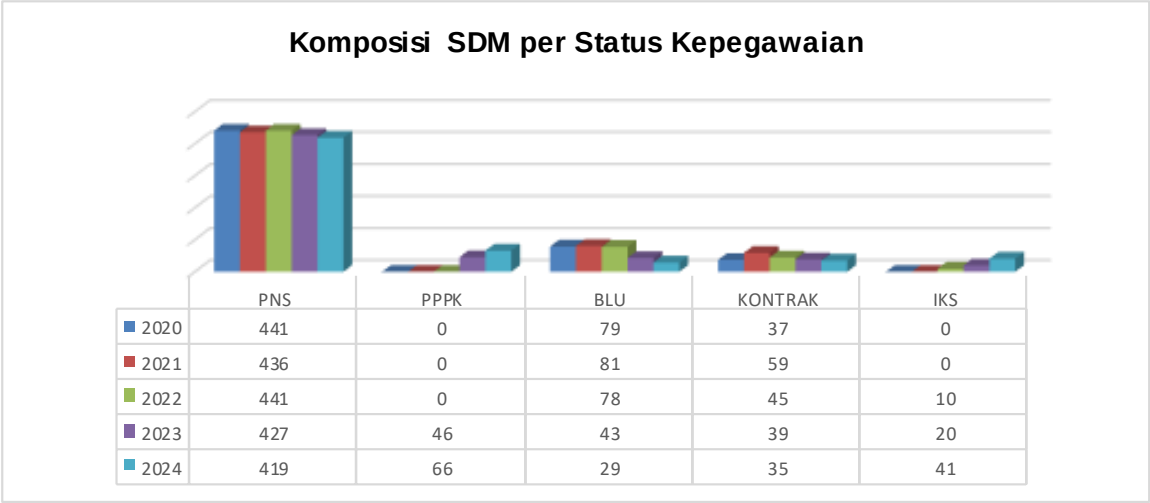
B. Belanja

MAK	Keterangan	2020			2021			2022			2023			2024		
		Pagu	Realiasi	%	Pagu	Realiasi	%	Pagu	Realiasi	%	Pagu	Realiasi	%	Pagu	Realiasi	%
A	Rupiah Murni	66.099.618.000	63.223.934.391	95,65%	53.126.704.000	51.752.219.426	97,41%	72.779.160.000	66.474.717.853	91,34%	74.109.510.000	72.404.239.587	97,70%	51.616.679.000	51.000.505.063	98,81%
51	Belanja Pegawai	33.894.426.000	31.189.264.116	92,02%	32.816.144.000	32.045.159.758	97,65%	32.505.874.000	32.094.769.323	98,74%	34.323.816.000	33.468.045.965	97,51%	39.116.679.000	38.859.541.466	99,34%
52	Belanja Barang	22.205.192.000	22.096.685.676	99,51%	17.310.560.000	16.764.928.650	96,85%	22.571.656.000	17.871.995.912	79,18%	22.276.072.000	21.803.751.077	97,88%	12.500.000.000	12.140.963.597	97,13%
53	Belanja Modal	10.000.000.000	9.937.984.599	99,38%	3.000.000.000	2.942.131.018	98,07%	17.701.630.000	16.507.952.618	93,26%	17.509.622.000	17.132.442.545	97,85%			
B	BLU	64.732.757.000	46.611.310.074	72,01%	63.657.500.000	54.740.967.384	85,99%	79.517.046.000	63.933.024.033	80,40%	81.819.573.000	79.157.388.035	96,75%	133.661.702.000	129.200.704.506	96,66%
52	Belanja Barang	56.268.132.000	39.493.111.102	70,19%	54.746.862.000	48.595.179.896	88,76%	61.994.644.000	51.467.253.524	83,02%	71.485.121.000	69.845.423.695	97,71%	108.508.550.000	105.294.541.541	97,04%
53	Belanja Modal	8.464.625.000	7.118.198.972	84,09%	8.910.638.000	6.145.787.488	68,97%	17.522.402.000	12.465.770.509	71,14%	10.334.452.000	9.311.964.340	90,11%	25.153.152.000	23.906.162.965	95,04%
Total		130.832.375.000	109.835.244.465		116.784.204.000	106.493.186.810		152.296.206.000	130.407.741.886		155.929.083.000	151.561.627.622		185.278.381.000	180.201.209.569	
Persentase Capaian		83,95%			91,19%			85,63%			97,20%			97,26%		

Penjelasan:

- Tahun 2020 realisasi anggaran tidak optimal karena:
Realisasi anggaran pegawai tidak optimal (92,05%) karena tidak terealisasi perpindahan alokasi pembiayaan belanja. Untuk anggaran belanja barang dan belanja modal sudah optimal dan adanya sisa karena efisiensi dalam proses pengadaan. Sisa itu untuk penyerapan anggaran BLU belum optimal karena berkurangnya volume pasien akibat pandemi covid-19
- Tahun 2021 realisasi anggaran mengalami peningkatan karena:
Belanja pegawai tidak optimal karena jumlah pegawai pindahan dan tambahan tunjangan keluarga serta kenaikan pangkat tidak sebesar yang diprediksi. Efisiensi dalam proses pengadaan juga mempengaruhi penyerapan anggaran walaupun *output* kegiatan tercapai. Selain itu terdapat beberapa kegiatan yang tidak jadi dilaksanakan karena sudah tidak cukupnya waktu dalam proses pengadaan
- Tahun 2022 realisasi anggaran tidak optimal karena:
Realisasi jumlah pegawai pindahan dan tambahan tunjangan keluarga dan kenaikan pangkat/jabatan tidak sebesar yang telah diprediksi serta adanya pegawai yang pindah dan meninggal. Selain itu pada tahun 2022 terdapat gagal proses pengadaan (gedung neuro) karena penyesuaian pengadaan barang dan jasa terkait peraturan TKDN
- Tahun 2023 realisasi anggaran mengalami peningkatan karena:
Adanya peningkatan belanja yang berhubungan dengan pelayanan seiring dengan peningkatan volume layanan pasien. Selain itu, tahun 2023 sudah dimulai evaluasi penyerapan anggaran secara berkala, sehingga kelebihan anggaran akibat efisiensi dapat direvisi untuk memenuhi kebutuhan lainnya serta tidak adanya penumpukan belanja pada akhir tahun anggaran.
- Tahun 2024 oleh realisasi anggaran mengalami peningkatan karena:
Adanya efisiensi anggaran dalam proses pengadaan melalui proses negosiasi oleh pelaku pengadaan

Lampiran 4
Komposisi Sumber Daya Manusia Tahun 2020 s/d 2024



Lampiran 5
Capaian Indikator Kinerja Tahun 2020-2024

NO	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2020		TAHUN 2021		TAHUN 2022		TAHUN 2023		2024	
		TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit											
1	Persentase SDM yang tersertifikasi	80,00%	99,23%	83,00%	100,00%	85,00%	92,86%	90,00%	92,87%	95,00%	95,42%
2	Level integrasi SIMRS	Integrated 1	Integrated 1	Integrated 2	Integrated 2	Advanced 80%	Advanced 80%	Advanced 90%	Advanced 90%	Advanced 100%	90,00%
3	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana medis	80,00%	77,54%	85,00%	99,42%	90,00%	154,44%	95,00%	100,47%	100,00%	111,39%
4	Tingkat kehandalan sarana dan prasarana non medis	80,00%	80,58%	85,00%	86,00%	90,00%	96,00%	95,00%	96,00%	100,00%	100,00%
5	Persentase SDM dengan kinerja optimal	90,00%	96,59%	82,00%	96,71%	90,00%	98,69%	95,00%	98,29%	95,00%	97,92%
6	Persentase hasil penilaian Mutu nasional di RS	90,00%	96,86%	82,00%	93,12%	85,00%	93,73%	90,00%	93,89%	95,00%	99,12%
7	Skor Pertumbuhan Pelayanan Otak dan Saraf	1,50	1,50	2,00	2,00	2,00	2,50	2,00	2,50	2,50	2,50
8	Jumlah inovasi pelayanan yang dilaksanakan	2 Inovasi	1 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi	2 Inovasi
9	Jumlah Penelitian yang dilaksanakan	2 Penelitian	3 Penelitian	2 Penelitian	8 Penelitian	2 Penelitian	7 Penelitian	2 Penelitian	2 Penelitian	4 Penelitian	4 Penelitian
10	Jumlah Kerjasama yang dilaksanakan	4 Kerjasama	20 Kerjasama	6 Kerjasama	44 Kerjasama	4 Kerjasama	154 Kerjasama	8 Kerjasama	47 Kerjasama	12 Kerjasama	12 Kerjasama
11	Persentase kasus sesuai dengan <i>Clinical Pathway</i>	100,00%	94,24%	85,00%	96,18%	90,00%	98,08%	95,00%	98,24%	100,00%	99,35%
12	Persentase kepuasan stakeholder	80,00%	90,56%	80,00%	94,13%	85,00%	96,30%	90,00%	92,72%	95,00%	92,75%
13	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (PB)	52,00%	43,07%	45,00%	75,01%	56,00%	49,83%	50,00%	71,19%	54,00%	71,47%
14	Rasio perputaran aset tetap (<i>Fixed Asset Turn Over</i>)	5,00%	8,88%	5,00%	17,96%	10,00%	11,63%	10,00%	18,18%	12,00%	23,10%
15	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal (SISRUTE)			60,00%	58,10%	70,00%	66,67%	85,00%	74,61%	100,00%	80,18%

NO	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2020		TAHUN 2021		TAHUN 2022		TAHUN 2023		2024	
		TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
Indikator Kinerja Direktif Dirjen Pelayanan Kesehatan											
13	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar							95,00%	100,00%		
14	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal							2,00%	1,90%	< 2,5 %	4,16%
	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit untuk RS Khusus									2,00	2,00
15	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit untuk RS Khusus							2,00	2,00		
16	Indeks kepuasan masyarakat di UPT vertikal							> 80	9146,00%		
17	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran							Sesuai RBA	100,00%		
	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP							10,00%	0,46%		
18	RS memiliki layanan unggulan bertaraf internasional							1 Layanan	0 Layanan		
	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional									1 Layanan	2 Layanan
	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien									80,00%	96,88%
	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan									100,00%	100,00%
	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis									80,00%	97,01%
	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik									100,00%	100,00%
	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar							70,00%	94,19%		
	Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan							≥ 80%	91,46%		
	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang							≥ 80%	81,37%		
	Penundaan waktu Operasi Elektif							< 3%	0,37%		
	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik							≥ 80%	81,05%		
	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI							> 80%	75,85%		
	Tercapainya target indikator klinis layanan sesuai kekhususannya							4 Indikator Klinis	4 Indikator Klinis		

[illegible]

[illegible]

Lampiran 6
Analisa SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, dan Threats)
Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi

A. FAKTOR INTERNAL

STRENGTHS / KEKUATAN			
ITEM	NILAI		
	BOBOT	RATING	SKOR BOBOT
Lokasi yang strategis yang berada di jalan protokol, sehingga mudah untuk diakses	20%	4	0,8
Memiliki layanan unggulan otak dan saraf serta rehabilitasi medik yang sudah dikenal oleh masyarakat	20%	5	1
Memiliki alat kesehatan yang sesuai dengan perkembangan IPTEKDOK, seperti: CT Scan, MRI, USG Carotis, ESWL, endoscopy/ bronkoscopy, EMG, TMS dll	15%	4	0,6
Memiliki alat rehabilitasi medik yang lengkap	15%	2	0,3
Memiliki SDM keperawatan dan tenaga terapis yang kompeten yang mendukung layanan unggulan	15%	5	0,75
Terakreditasi A internasional untuk melakukan peningkatan kompetensi kepada tenaga kesehatan	5%	2	0,1
Telah ditetapkan sebagai satelit rumah sakit pendidikan	5%	3	0,15
Menyediakan layanan kesehatan non unggulan yang sudah mulai dikenal masyarakat, seperti layanan bedah non bedah saraf (digestif, urologi, dll)	5%	2	0,1
TOTAL			3,8

WEAKNESSES / KELEMAHAN			
ITEM	NILAI		
	BOBOT	RATING	SKOR BOBOT
Keterbatasan lahan yang menyebabkan kesulitan dalam pengembangan sarana dan prasarana layanan	20%	5	1
Jumlah SDM medis spesialis/ sub spesialis/ fellow yang belum mencukupi dan belum sebanding dengan potensi peningkatan volume layanan untuk mendukung peningkatan strata kompetensi layanan	10%	4	0,4
Keterbatasan jumlah SDM IT dalam pengembangan sistem informasi rumah sakit	10%	3	0,3
Tingkat kepatuhan jam layanan SDM medis spesialis belum tercapai karena jumlah SDM yang belum mencukupi	10%	4	0,4
Masih lemahnya koordinasi dan harmonisasi antar civitas hospitalia	10%	5	0,5
Jumlah SDM non medis yang bertambah sehubungan dengan kebijakan pengangkatan PPPK yang tidak sebanding dengan peningkatan pendapatan	5%	3	0,15
Pelayanan poli eksekutif non JKN on stop service belum tersedia	10%	3	0,3
Terdapat sarana dan prasarana berupa gedung layanan yang belum sesuai standar	10%	4	0,4
Terdapat beberapa alat kesehatan layanan unggulan yang tidak sesuai dengan perkembangan IPTEKDOK seperti cathlab, c-arm, mikroskop bedah saraf, CUSA dll yang berpengaruh terhadap utilisasi alat	15%	4	0,6
TOTAL			4,05

STRENGTHS / KEKUATAN - WEAKNESSES / KELEMAHAN	-0,25
--	--------------

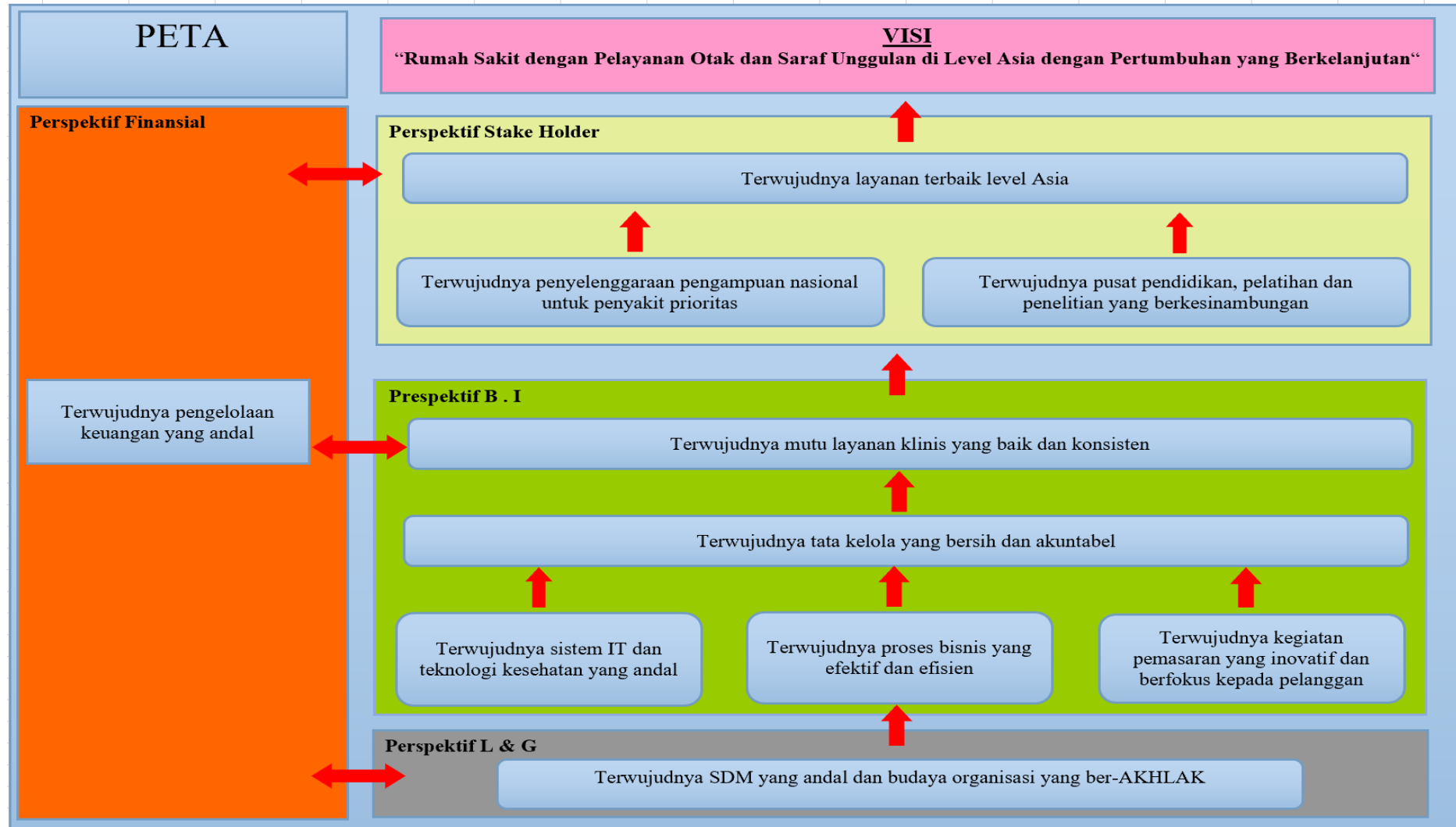
B. FAKTOR EKSTERNAL

OPPORTUNITIES / PELUANG			
ITEM	NILAI		
	BOBOT	RATING	SKOR BOBOT
Adanya misi Pemerintah Kota Bukittinggi untuk menjadikan Bukittinggi sebagai Kota Wisata Kesehatan	10%	3	0,3
Adanya lahan milik negara (Non Kementerian Kesehatan) di sebelah rumah sakit yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan RS Otak M. Hatta Bukittinggi kedepannya	10%	3	0,3
Peningkatan <i>brand image</i> rumah sakit dari pelanggan untuk layanan otak dan saraf	20%	5	1
Peningkatan kasus post stroke yang masih membutuhkan pelayanan neuro restorasi/ neuro rehabilitasi	15%	5	0,75
Peningkatan rujukan untuk kebutuhan layanan intensive	15%	1	0,15
Penetapan rumah sakit sebagai pengampu layanan stroke dengan strata paripurna sesuai dengan KepMenKes Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 tanggal 24 Juli 2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak	10%	2	0,2
Keterangan Rencana Kota (KRK) Kota Bukittinggi tahun 2024 yang memberikan peluang untuk melakukan penambahan jumlah ketinggian gedung menjadi 8 tingkat	5%	3	0,15
Peraturan Menteri Kesehatan nomor 16 tahun 2024 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan dimana rujukan tidak lagi dilakukan berjenjang, namun PPK 1 dapat memilih rumah sakit rujukan sesuai kompetensi yang dimiliki rumah sakit yang dituju	5%	4	0,2
Terbukanya kesempatan untuk menjalin kerjasama dengan rumah sakit di luar negeri	5%	3	0,15
Fleksibilitas BLU dalam pembiayaan	5%	4	0,2
TOTAL			3,4

THREATS / ANCAMAN			
ITEM	NILAI		
	BOBOT	RATING	SKOR BOBOT
Terdapat RSUD milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang berada di Kota Bukittinggi dengan layanan unggulan KJSU KIA	20%	2	0,4
Perubahan rumah sakit dari rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum yang berpotensi terhadap penurunan tarif dengan IDRG untuk layanan dengan layanan dengan kompetensi strata madya dan dasar	20%	2	0,4
Verifikator BPJS sering multi tafsir dalam penerapan aturan terkait verifikasi klaim yang menyebabkan peningkatan klaim pending	10%	3	0,3
Masih rendahnya pola pikir masyarakat dalam penggunaan IT, seperti pendaftaran online dan pembayaran cashless	15%	3	0,45
Tingginya tingkat kejahatan siber berupa: ransomware, phishing, pencurian data dan serangan malware yang dapat mengganggu operasional rumah sakit serta mengancam keamanan data pasien	35%	4	1,4
TOTAL			2,95

OPPORTUNITIES / PELUANG - THREATS / ANCAMAN			0,45
---	--	--	------

Lampiran 7
Peta Strategi Bisnis RSOMH Tahun 2025-2029



Lampiran 8
Analisis dan Mitigasi Risiko Tahun 2025-2029

Peta Strategis / Sasaran Strategis	Program Strategis	Risiko	P	D	Bobot	Nilai	Jenis Risiko	PIC	Mitigasi Risiko
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Memperbaiki fasilitas parkir	tingginya keluhan pasien terhadap fasilitas parkir	4	3	1,3	16	Tinggi	Timker TURT	1. Petugas parkir 24 Jam 2. Penambahan rambu dan marka parkir 3. Petugas parkir berjaga di basemen parkir motor karyawan
	Memperbaiki fasilitas toilet	Tidak memenuhi standar dan tidak bersih pada toilet umum disabilitas yang ada di RS	3	3	1,43	13	Sedang	Instalasi Kesling	1. Melakukan pembersihan rutin (wangi, kering) dan menyediakan form checklist pembersihan yang dilakukan setiap jam dan/atau setelah digunakan 2. Melakukan pengawasan rutin kebersihan oleh pengawas CS dan pengawas internal RS 3. Melakukan koordinasi dengan IPS & Sanitarian dalam upaya mencukupi kebutuhan fasilitas toilet umum disabilitas yang ada
	Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Meningkatnya keluhan pasien terkait kenyamanan di Poliklinik	5	4	1,15	23	Sangat Tinggi	Direktur PKLO	1. Menata ulang kembali layout dan susunan kursi di ruang tunggu 2. melakukan renovasi ruang tunggu pasien poliklinik neuro, jantung dan bedah saraf 3. menambah TOA dan tv display tampilan nomor antrian 4. Mengoptimalkan satpam untuk mengatur ketertiban pasien
	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	Belum diprioritaskan pemeriksaan CT Scan dari IGD	4	4	1,16	19	Tinggi	Direktur Pelayanan medik dan keperawatan	membuat kebijakan RS yang mengatur tentang memprioritaskan pemeriksaan CT Scan pasien IGD yang akan dirawat
		PPA yang tidak patuh melengkapi berkas rekam medik	4	4	1,16	19	Tinggi	Direktur Pelayanan medik dan keperawatan	melakukan movev secara berkala kepatuhan PPA dalam pengisian e Rekam Medis
	Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	DPJP datang tidak sesuai dengan jadwal yang ditetapkan	3	4	1,46	18	Tinggi	Direktur Pelayanan medik dan keperawatan	Melakukan movev serta memberikan konsekuensi terkait kepatuhan jadwal DPJP di poliklinik rawat jalan
	Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	antrian pasien untuk di operasi panjang	1	4	3	12	Sedang	1. Direktur Pelayanan medik dan keperawatan 2. Direktur PKLO	1. merehab kamar operasi sesuai standar 2. mengatur jadwal operasi
	Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	Keterlambatan ekspertise	4	2	1,19	10	Sedang	Radiologi	melakukan movev dan memberikan konsekuensi terkait capaian waktu layanan radiologi
Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Memperbaiki waktu pelayanan lab	pemakaian reagen tidak efisien	4	3	1,3	16	Tinggi	kepala Instalasi Laboratoriumdir SPP	1. Kepala Instalasi melakukan Movev kepatuhan pelaksanaan SOP 2. rekredensial tterhadap petugas 3. memberikan penyegaran pengetahuan kepada petugas terkait pemeriksaan laboratorium
	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Pelaksanaan Program pengampunan tidak optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Direktur Pelayanan medik dan keperawatan	Melakukan monitoring dan evaluasi program pengampunan
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Kurangnya minat pegawai melakukan riset	4	3	1,3	16	Tinggi	Tim Kerja Penelitian	Mengadakan Sosialisasi Internal online dan offline serta turun keruangan untuk memotivasi staf melakukan penelitian

Peta Strategis / Sasaran Strategis	Program Strategis	Risiko	P	D	BOBOT	NILAI	JENIS RISIKO	PIC	Mitigasi Risiko
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	Kemungkinan terjadinya ancaman digital dan infrastruktur Terkendalanya pembangunan / penyelesaian pengembangan aplikasi sesuai target yang ditentukan	5	4	1,15	23	Sangat Tinggi	Instalasi SIRS	Mengkaji dan mengadakan kebutuhan data center yang sesuai standar
			4	3	1,3	16	Tinggi	Dir SPP	Penambahan SDM IT (analisis dan programmer)
	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	banyak barang dan jasa yang turun tayang	3	3	1,43	13	Sedang	Tim Kerja PAE	Memberikan feed back kepada user terkait ketersediaan barang dan jasa pengganti (subsidi) yang ada di e-katalog
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	Tidak optimalnya tindak lanjut atas hasil assesment maturity rating	3	3	1,43	13	Sedang	Seluruh Tim Kerja	Membuat SOP penyelesaian tindak lanjut hasil assesment maturity rating Menuntaskan tindak lanjut atas hasil assesment yang belum optimal
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	panjangnya hari rawatan pasien	3	4	1,46	18	Tinggi	Tim Kerja Pelayanan Medik Tim Kerja Pelayanan Keperawatan	1. Melakukan evaluasi CP secara berkala sesuai EBN 2. menambah jumlah CP sesuai pengembangan pelayanan
	Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	utilisasi alat kesehatan rendah	4	3	1,3	16	Tinggi	Tim Kerja Pelayanan Medik Tim Kerja Pelayanan Penunjang Tim Kerja Keperawatan Tim Kerja OSDM Tim Kerja Humas Instalasi Marketing	1. Melakukan pengecekan berkala alat kesehatan dalam rangka mendukung optimalnya operasionalisasi alat 2. Memasarkan layanan yang ada di rumah sakit
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Penurunan Angka kejadian CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection), Angka kejadian VAP (Ventilator Associated Pneumonia), kejadian CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU dan Angka kejadian SSI (Surgical Site Infection) dengan jenis tindakan operasi	Belum terlaksana Bundles HAIs secara optimal	4	4	1,16	19	Tinggi	Tim kerja pelayanan keperawatan Rawat intensif PPI, IBS, Rwat Inap	1. Monev pelaksanaan bundle HAIs 2. Re edukasi pelaksanaan bundles HAIs 3. Verikasi pelaksanaan bundles oleh IPCN
	Melaksanakan evaluasi capaian IKP	tidak adanya kesadaran untuk melaporkan kejadian keselamatan pasien	4	4	1,16	19	Tinggi	Komite Mutu Dirmed , komite mutu pelayanan	1. Melakukan sosialisasi ulang untuk melaporkan IKP 2. membuat kebijakan tentang lingkungan kerja yang mendukung pelaporan dengan memberikan perlindungan kepada petugas yang melaporkan insiden keselamatan pasien dan memberikan konsekuensi bagi yang tidak melaporkan apabila ada laporan dari pihak eksternal

Peta Strategis / Sasaran Strategis	Program Strategis	Risiko	P	D	Bobot	Nilai	Jenis Risiko	PIC	Mitigasi Risiko
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	fasilitas pasien non JKN belum tersedia	3	2	1,42	9	Rendah	Dirmed, Dir SPP, Dir PKLO	1. membangun sistem layanan untuk non JKN
	Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	monev terhadap kerjasama dengan pihak penjamin non BPJS belum optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Tim Kerja Humas	1. membuat SOP monev layanan non JKN dengan pihak penjamin pembiayaan kesehatan non BPJS 2. menindaklanjuti hasil monev secara berkala setiap triwulan
	Mengembangkan layanan non-JKN	Kajian unit cost tidak andal	3	3	1,43	13	Sedang	Dirmed	1. melakukan monev kepatuhan CP secara berkala 2. mengembangkan aplikasi ekamek dengan menambahkan fitur volume tindakan per unit, obat / BHP yang dipakai per pasien, tindakan layanan yang diberikan per pasien
		Pelayanan eksekutif tidak optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Dir SPP, Dir PKLO, Dirmed	1. memperbaiki tata kelola pelayanan eksekutif
		Promosi layanan eksekutif tidak optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Instalasi Promkes	1. membuat program pemasaran pelayanan rumah sakit 2. evaluasi pencapaian program setiap triwulan
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	kurangnya ketepatan waktu layanan rawat jalan oleh DPJP	4	4	1,16	19	Tinggi	Dirmed	1. melakukan monev secara optimal 2. pemberian konsekuensi terkait ketidaktepatan waktu layanan DPJP di rawat jalan
	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	kurang taatnya dokter dalam melakukan visite kepada pasien	3	4	1,46	18	Tinggi	Dirmed	1. melakukan monev secara optimal 2. pemberian konsekuensi terkait kelengkapan visite DPJP di rawat inap
	Mengimplementasi pola remunerasi	penerapan pola remunerasi belum optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Dir SPP, Dir PKLO, Dirmed	1. Mengevaluasi implementasi remunerasi 2. menuntaskan aplikasi remunerasi
	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	program pelatihan untuk nakes dan named belum optimal	3	3	1,43	13	Sedang	Tim Kerja Diklat	1. memperbaiki program pelatihan nakes dan named 2. melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program pelatihan untuk nakes dan named secara berkala
Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Peningkatan efisiensi keuangan RS	beban pegawai melebihi budget	3	4	1,46	18	Tinggi	Timker OSDM	1. melakukan TMS 2. Melakukan asesmen ulang terkait kompetensi 3. Reevaluasi penetapan target kinerja individu 4. memberikan konsekuensi dengan mengurangi IKI
								Semua Unit Layanan	
	Peningkatan nilai kinerja penganggaran	Perencanaan Anggaran yang tidak efektif	3	3	1,43	13	Sedang	Timker PAE	Melakukan Analisa dan kajian terhadap usulan kebutuhan anggaran
	Peningkatan capaian realisasi anggaran	Target realisasi anggaran tidak tercapai	4	4	1,16	19	Tinggi	Timker Pelaksanaan Keuangan	Menunggu revisi anggaran / buka blokir
		Laporan realisasi belanja tidak menunjukkan kondisi sebenarnya	3	4	1,46	18	Tinggi	Timker Pelaksanaan Keuangan	Pengajuan pengesahan/GUP minimal 2x dalam 1 bulan untuk menghindari penumpukan pekerjaan
		Realisasi belanja rendah	3	3	1,43	13	Sedang	Timker Pelaksanaan Keuangan	Monitoring data pengadaan dan data kontrak dari PPK

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1)	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
Proses bisnis internal	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	% pasien yang berhasil mendaftar melalui sistem terintegrasi data antrian pendaftaran dan <i>medical record</i>	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	% <i>Downtime rate</i> sistem yang diimplementasikan (tidak termasuk waktu <i>maintenance</i>)
						Durasi waktu rata-rata yang diperlukan untuk menyelesaikan satu <i>ticket</i>
					Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	% modul RME yang telah terintegrasi ke dalam sistem dibandingkan dengan total modul yang perlu diimplementasikan
			Menerapkan digitalisasi sistem <i>inventory</i> RSV yang terintegrasi	Perputaran Persediaan (Days Inventory Turnover)	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi <i>inventory</i> yang terintegrasi	% data input <i>inventory</i> ke dalam sistem <i>inventory</i> digital
			Menguatkan fungsi pengadaan barang dan hasa menggunakan e-catalogue	% nilai pembelian barang atau jasa melalui e-catalogue untuk harga dibawah IDR 2 bn	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	% jumlah transaksi melalui e-procurement (untuk barang-barang yang dapat dilakukan pengadaan melalui e-procurement)
	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Skor BLU Maturity Rating	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek finansial	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek finansial	Capaian level likuiditas aspek finansial <i>maturity rating</i>
						Capaian level rasio efisiensi aspek finansial <i>maturity rating</i>
						Capaian level rasio efektivitas aspek finansial <i>maturity rating</i>
						Capaian level rasio tingkat kemandirian aspek finansial <i>maturity rating</i>
				Skor BLU <i>maturity rating</i> aspek pelayanan dan TQM	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk <i>maturity rating</i> aspek pelayanan	Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan <i>maturity rating</i>
						Capaian level rasio efisiensi waktu pelayanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
						Capaian level rasio sistem pengaduan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
						Capaian level keberhasilan pemenuhan layanan aspek pelayanan <i>maturity rating</i>
						<i>Average length of stay</i> (Avios)
						# <i>Turnover interval</i> (TOI)
	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	<i>Bed occupy rate</i> (BOR)	Meningkatkan utilisasi <i>bed</i> rawat inap	# <i>Bed turnover</i> (BTO)	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	% rata-rata utilisasi alkes yang mendukung pelayanan
					Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	Jumlah pasien rawat jalan
			Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	% jumlah pasien rawat jalan utilisasi ruang OK	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah
			Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV		Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Jumlah tipe barang atau jasa lintas rumah sakit yang berhasil dikonsolidasi untuk pengadaan
			Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	% pengadaan yang dilakukan secara terkonsolidasi (per total pengadaan RS)	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	% tenaga medis yang telah mengikuti pelatihan dan pendidikan terkait standar klinis
	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAIs) rates	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Capaian indikator klinis sesuai PPK	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	% tingkat kepatuhan terhadap Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), PPK, dan <i>clinical pathway</i>
				Kepatuhan <i>clinical pathway</i> (CP) per kelompok staf medis (KSM)	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Jumlah PPK layanan unggulan yang berhasil disahkan
			Meningkatkan mutu layanan unggulan	- Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Jumlah PPK layanan unggulan yang di-review sesuai dengan perkembangan keilmuan terkini, seperti PNPk, konsensus, dan <i>guideline</i> organisasi profesi
	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	% Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	% peningkatan jumlah pasien non-JKN baru dari periode sebelumnya	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	% rata-rata peningkatan pengunjung bulanan ke <i>channel</i> digital milik RSV, seperti <i>website</i> , Instagram, dan TikTok
					Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	% peningkatan kerja sama penjaminan dengan RSV, termasuk asuransi, perusahaan, dan yayasan
				% target peningkatan pendapatan pada tiap unit bisnis non-BPJS	Mengembangkan layanan non-JKN	Pendapatan layanan non-JKN
					Mengimplementasi pola tarif non-JKN	% kesesuaian tarif pelayanan non-JKN dengan pola tarif non-JKN yang telah ditentukan

Pilar Strategis & Nilai Penggerak	Peta Strategis / Sasaran Strategis	KPI Sasaran Strategis (L1)	Inisiatif Strategis	KPI Inisiatif Strategis (L2)	Program Strategis	KPI Program Strategis (L3)
Learning & growth	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	% kepatuhan pemberi layanan pada jam kerja di poliklinik (jumlah kehadiran tepat waktu per jumlah kehadiran total)
		Training Effectiveness Index (TEI)		Ketepatan waktu <i>visite</i> dokter untuk pasien rawat inap		
				Tingkat kepuasan staf terhadap remunerasi – survey OSDM	Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	% kepatuhan pada jam kerja di unit Rawat Inap
					Mengimplementasi pola remunerasi	% implementasi sistem remunerasi
						% jumlah dokter dengan produktiitas di kuadran 1
			Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui pelatihan yang sertifikasi	% Nakes yang mendapatkan pelatihan 40 JPL per orang per tahun	Memfasilitasi pelatihan tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Rata-rata JPL yang didapatkan melalui pelatihan tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per nakes per tahun
				% Named yang mendapatkan pelatihan 40 JPL per orang per tahun		Rata-rata JPL yang didapatkan melalui pelatihan tersertifikasi yang difasilitasi oleh RS per named per tahun
Finansial	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	EBITDA	Meningkatkan pertumbuhan kinerja pendapatan	Operating revenue
				% <i>operating margin</i>	Mengendalikan beban terhadap pendapatan	Rasio Beban Pegawai thd. Pendapatan Operasional
				% <i>gross margin</i>		Rasio Beban Persediaan Farmasi thd. Pendapatan Operasional
						Rasio Beban Persediaan Non Farmasi thd. Pendapatan Operasional
					Menerapkan standar unit cost pelayanan	% penerapan unit cost pada 9 layanan prioritas
					Melakukan <i>review</i> tarif INACBGS secara berkala	% penyelesaian <i>review unit cost</i> layanan medis (target 100% kumulatif dalam 5 tahun)
						% kesesuaian tarif pelayanan di rumah sakit dengan tarif INACBGS terbaru
					Meningkatkan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan	% klaim JKN yang disetujui oleh BPJS Kesehatan (per total klaim yang diajukan)
			Memperkuat cadangan modal strategis	<i>net cash flow</i>	Meningkatkan likuiditas keuangan	Perputaran Piutang (<i>Days Receivable Turnover</i>)
						Perputaran Utang (<i>Days Payable Turnover</i>)
			Meningkatkan pengelolaan dan pelaporan keuangan	Indeks akurasi proyeksi pendapatan (berdasarkan KWP dan APP)	Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian	Indeks Ketepatan Waktu Penyampaian (KWP)
					Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan	Indeks Akurasi Proyeksi Pengesahan Pendapatan (APP)

Lampiran 10
Target Volume Layanan dan Target Kinerja Keuangan tahun 2025 s/d 2029



Lampiran 11
Rincian Target Pendapatan Tahun 2025 s/d 2029

Keterangan	Satuan	2025		2026		2027		2028		2029	
		Volume	Pendapatan	Volume	Pendapatan	Volume	Pendapatan	Volume	Pendapatan	Volume	Pendapatan
Pendapatan Layanan			140.704.000.000		154.307.000.000		154.170.000.000		157.015.000.000		161.690.000.000
<i>Instalasi Rawat Inap</i>	Pasien	8.621	94.310.844.000	9.134	98.100.058.000	9.884	90.394.940.000	10.968	90.989.547.000	14.130	93.412.442.000
JKN	Pasien	7.929	90.192.930.000	8.435	93.407.917.000	9.178	85.679.940.000	10.184	86.036.640.000	13.125	88.109.332.000
Non JKN		692	4.117.914.000	699	4.692.141.000	706	4.715.000.000	784	4.952.907.000	1.005	5.303.110.000
<i>Instalasi Rawat Jalan</i>		43.026	19.689.472.000	44.675	21.957.896.000	65.395	18.668.253.000	70.627	18.796.175.000	76.983	19.298.831.000
JKN dan Non JKN	Pasien	43.026	19.689.472.000	44.675	21.957.896.000	65.395	18.668.253.000	70.627	18.796.175.000	76.983	19.298.831.000
<i>Instalasi Gawat Darurat</i>		12.493	344.143.000	13.046	364.792.000	14.565	364.792.000	15.790	421.553.000	26.840	716.641.000
JKN dan Non JKN	Pasien	12.493	344.143.000	13.046	364.792.000	14.565	364.792.000	15.790	421.553.000	26.840	716.641.000
<i>Instalasi Bedah Sentral</i>		1	18.688.500.000	1	20.787.296.000	1	17.787.296.000	1	17.981.633.000	1	18.800.000.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	18.688.500.000	1	20.787.296.000	1	17.787.296.000	1	17.981.633.000	1	18.800.000.000
<i>Radiologi</i>		1	1.938.477.000	1	1.968.910.000	1	1.968.910.000	1	2.031.220.000	1	2.063.110.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	1.938.477.000	1	1.968.910.000	1	1.968.910.000	1	2.031.220.000	1	2.063.110.000
<i>Laboratorium</i>		1	802.189.000	1	814.784.000	1	814.784.000	1	840.569.000	1	853.766.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	802.189.000	1	814.784.000	1	814.784.000	1	840.569.000	1	853.766.000
<i>Rehab Medik</i>		55.975	533.859.000	62.575	841.679.000	89.487	861.673.000	95.332	1.404.278.000	99.302	1.443.782.000
JKN	Tindakan	31.156	243.682.000	32.533	379.585.000	52.150	379.585.000	56.410	607.161.000	59.247	623.129.000
Non JKN	Tindakan	24.819	290.177.000	30.042	462.094.000	37.337	482.088.000	38.922	797.117.000	40.055	820.653.000
<i>Farmasi</i>		1	2.140.512.000	1	2.174.117.000	1	2.174.117.000	1	2.242.920.000	1	2.278.134.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	2.140.512.000	1	2.174.117.000	1	2.174.117.000	1	2.242.920.000	1	2.278.134.000
<i>Gizi</i>		1	40.147.000	1	42.419.000	1	43.793.000	1	44.446.000	1	42.701.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	40.147.000	1	42.419.000	1	43.793.000	1	44.446.000	1	42.701.000
<i>Rekam Medik</i>		1	63.718.000	1	60.792.000	1	549.070.000	1	52.106.000	1	47.880.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	63.718.000	1	60.792.000	1	549.070.000	1	52.106.000	1	47.880.000
<i>Ambulance</i>		1	430.000.000	1	60.000.000	1	70.000.000	1	80.000.000	1	90.000.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	430.000.000	1	60.000.000	1	70.000.000	1	80.000.000	1	90.000.000
<i>Pendidikan dan Penelitian</i>		1	209.908.000	1	350.000.000	1	350.000.000	1	450.000.000	1	500.000.000
JKN dan Non JKN	Tahun	1	209.908.000	1	350.000.000	1	350.000.000	1	450.000.000	1	500.000.000
<i>Pendapatan ICU Existing</i>		566	1.512.231.000	566	1.512.234.000	566	1.512.234.000	566	1.312.234.000	566	1.312.234.000
JKN dan Non JKN	Orang	566	1.512.231.000	566	1.512.234.000	566	1.512.234.000	566	1.312.234.000	566	1.312.234.000
<i>Pendapatan ICU (Pengembangan)</i>				112	5.272.023.000	396	18.610.138.000	504	20.368.319.000	518	20.830.479.000
JKN dan Non JKN				112	5.272.023.000	396	18.610.138.000	504	20.368.319.000	518	20.830.479.000
Pendapatan Non Layanan			2.296.000.000		2.610.000.000		2.830.000.000		2.985.000.000		3.310.000.000
Pendapatan hasil kerjasama lembaga/ badan usaha	Tahun	1	85.000.000	1	280.000.000	1	425.000.000	1	510.000.000	1	680.000.000
Pendapatan jasa layanan perbankan	Tahun	1	1.500.000.000	1	1.560.000.000	1	1.575.000.000	1	1.590.000.000	1	1.605.000.000
Pendapatan lain-lain	Tahun	1	650.000.000	1	700.000.000	1	750.000.000	1	800.000.000	1	925.000.000
Pendapatan sewa gedung	Tahun	1	61.000.000	1	70.000.000	1	80.000.000	1	85.000.000	1	100.000.000
TOTAL			143.000.000.000		156.917.000.000		157.000.000.000		160.000.000.000		165.000.000.000

Catatan:

- Target pendapatan ambulans tahun 2026 s/d 2029 mengalami penurunan dibandingkan target pendapatan ambulans tahun 2025 karena mulai bulan September 2025 sudah dijalin kerja sama penggunaan ambulans dengan pihak ke-3 karena keterbatasan tenaga dan setelah dilakukan kajian kerja sama pemakaian ambulans lebih efisien dibandingkan dengan layanan ambulans yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sendiri.
- Target pendapatan hasil kerja sama tahun 2026 s/d 2029 mengalami peningkatan dibandingkan target pendapatan hasil kerja sama tahun 2025 karena adanya fee dari pihak ke-3 atas kerja sama penggunaan ambulans sebesar 17,5% dari pendapatan yang diperoleh oleh pihak ke-3

Lampiran 12
Rincian Belanja Tahun 2025 s/d 2029

KODE	KEGIATAN, KELOMPOK BELANJA, JENIS BELANJADAN MAK	TAHUN 2025			TAHUN 2026			TAHUN 2027			TAHUN 2028			TAHUN 2029		
		VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD
1	2	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	RUPIAH MURNI (RM)		57.429.009.000			50.083.680.000			93.262.560.000			204.721.122.000			78.427.087.000	
	Belanja Pegawai		41.318.015.000			44.575.081.000			47.747.981.000			53.441.122.000			57.187.087.000	
511111	Gaji pokok	1 THN	23.619.872.000	RM	1 THN	27.695.047.000	RM	1 THN	27.635.250.000	RM	1 THN	31.617.724.000	RM	1 THN	33.830.965.000	RM
511119	Pembulatan gaji	1 THN	370.000	RM	1 THN	321.000	RM	1 THN	433.000	RM	1 THN	528.000	RM	1 THN	5.650.000	RM
511121	Tunj. Suami / Istri	1 THN	1.714.000.000	RM	1 THN	1.709.256.000	RM	1 THN	2.005.380.000	RM	1 THN	2.359.673.000	RM	1 THN	2.524.850.000	RM
511122	Tunj. Anak	1 THN	658.078.000	RM	1 THN	630.078.000	RM	1 THN	769.951.000	RM	1 THN	823.553.000	RM	1 THN	881.202.000	RM
511123	Tunj. Struktural	1 THN	17.280.000	RM	1 THN	35.280.000	RM	1 THN	20.217.000	RM	1 THN	477.531.000	RM	1 THN	510.958.000	RM
511124	Tunj. Fungsional	1 THN	3.035.986.000	RM	1 THN	3.007.586.000	RM	1 THN	3.552.103.000	RM	1 THN	3.999.064.000	RM	1 THN	4.278.998.000	RM
511125	Tunj. PPh	1 THN	356.275.000	RM	1 THN	317.996.000	RM	1 THN	416.842.000	RM	1 THN	434.527.000	RM	1 THN	464.944.000	RM
511126	Tunj. Beras	1 THN	1.280.510.000	RM	1 THN	1.285.079.000	RM	1 THN	1.498.197.000	RM	1 THN	1.746.693.000	RM	1 THN	1.868.962.000	RM
511129	Uang Makan	1 THN	3.769.293.000	RM	1 THN	3.949.169.000	RM	1 THN	4.410.073.000	RM	1 THN	5.054.966.000	RM	1 THN	5.408.814.000	RM
511134	Tunj. Kompensasi kerja	1 THN	150.000.000	RM	1 THN	167.150.000	RM	1 THN	175.500.000	RM	1 THN	180.293.000	RM	1 THN	192.914.000	RM
511151	Tunj. Umum	1 THN	211.000.000	RM	1 THN	204.290.000	RM	1 THN	246.870.000	RM	1 THN	261.222.000	RM	1 THN	279.507.000	RM
511611	Gaji pokok PPPK	1 THN	3.258.626.000	RM	1 THN	2.710.816.000	RM	1 THN	3.584.489.000	RM	1 THN	3.704.685.000	RM	1 THN	3.964.013.000	RM
511619	Pembulatan gaji PPPK	1 THN	78.000	RM	1 THN	45.000	RM	1 THN	86.000	RM	1 THN	62.000	RM	1 THN	66.000	RM
511621	Tunj. Suami / Istri PPPK	1 THN	188.660.000	RM	1 THN	149.980.000	RM	1 THN	207.526.000	RM	1 THN	237.957.000	RM	1 THN	254.614.000	RM
511622	Tunj. Anak PPPK	1 THN	76.345.000	RM	1 THN	61.605.000	RM	1 THN	83.979.000	RM	1 THN	93.869.000	RM	1 THN	100.440.000	RM
511624	Tunj. Fungsional PPPK	1 THN	291.285.000	RM	1 THN	286.605.000	RM	1 THN	320.414.000	RM	1 THN	377.242.000	RM	1 THN	403.649.000	RM
511625	Tunj. Beras PPPK	1 THN	222.867.000	RM	1 THN	173.307.000	RM	1 THN	245.154.000	RM	1 THN	211.754.000	RM	1 THN	226.577.000	RM
511628	Uang Makan PPPK	1 THN	700.725.000	RM	1 THN	705.865.000	RM	1 THN	770.798.000	RM	1 THN	919.784.000	RM	1 THN	984.169.000	RM
511633	Tunj. Umum PPPK	1 THN	32.745.000	RM	1 THN	11.550.000	RM	1 THN	36.019.000	RM	1 THN	17.766.000	RM	1 THN	19.010.000	RM
512211	Uang Lembur	1 THN	1.402.110.000	RM	1 THN	1.282.320.000	RM	1 THN	1.430.152.000	RM	1 THN	737.070.000	RM	1 THN	788.665.000	RM
512211	Uang Lembur PPPK	1 THN	331.910.000	RM	1 THN	191.736.000	RM	1 THN	338.548.000	RM	1 THN	185.159.000	RM	1 THN	198.120.000	RM
	Belanja Barang		6.812.065.000			5.508.599.000			10.100.000.000			10.000.000.000			5.000.000.000	
522111	Belanja listrik	12 bulan	1.634.400.000	RM	1 Tahun	1.800.000.000	RM	1 Tahun	1.800.000.000	RM						
522112	Belanja langganan telpon	12 bulan	156.000.000	RM	1 Tahun	576.000.000	RM									
522113	Belanja langganan air	12 bulan	168.000.000	RM	1 Tahun	356.760.000	RM									
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	12 bulan	1.836.000.000	RM	1 Tahun	2.400.000.000	RM	1 Tahun	3.300.000.000	RM						
521119	Belanja barang operasional lainnya	1 THN	370.584.000	RM												
521811	Belanja barang persediaan barang konsumsi	1 THN	1.248.621.000	RM												
521113	Belanja penambah daya tahan tubuh	1 bulan	221.940.000	RM	1 bulan	231.839.000	RM									
521115	Belanja honor operasional satuan kerja	12 bulan	176.520.000	RM	1 Tahun	144.000.000	RM									
521832	Belanja barang persediaan lainnya_ obat dan BMHP	1 Paket	1.000.000.000	RM				2 Paket	5.000.000.000	RM	4 Paket	10.000.000.000	RM	2 Paket	5.000.000.000	RM
	Belanja Modal		9.298.929.000			-			35.414.579.000			141.280.000.000			16.240.000.000	
532111	Belanja modal peralatan dan mesin alkes	3 Unit	9.298.929.000	RM				21 Unit	35.414.579.000	RM	1 Paket	141.280.000.000	RM	6 Unit	16.240.000.000	RM
	PNBP (BLU)		153.483.944.000			156.917.000.000			167.000.000.000			170.000.000.000			170.000.000.000	
	Belanja Barang dan Jasa		142.558.549.000			132.291.319.000			147.922.855.000			148.503.355.000			158.119.855.000	
525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya_Penelitian & Pengembangan RS di bidang klinis	17 Rekom/ Kebijakan	220.000.000	BLU	11 Dok	802.000.000	BLU	1 Tahun	235.500.000	BLU	1 Tahun	235.500.000,00	BLU	1 Tahun	247.500.000,00	BLU
525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya_ BHP Penelitian	1 Tahun	50.000.000	BLU				1 Tahun	235.500.000	BLU	1 Tahun	235.500.000,00	BLU	1 Tahun	247.500.000,00	BLU
525129	Pengadaan belanja barang persediaan lainnya_ Obat dan BMHP	9 Paket	35.496.130.000	BLU	5 Unit	20.000.000.000	BLU	8 Paket	34.250.000.000	BLU	8 Paket	30.000.000.000,00	BLU	8 Paket	36.250.000.000,00	BLU
525113	Belanja jasa_honorarium	1 Tahun	9.191.832.000	BLU												
525112	Belanja barang_Daya tahan tubuh				1 THN	500.000.000	BLU	1 bulan	275.000.000	BLU	1 bulan	275.000.000	BLU	1 bulan	275.000.000	BLU

KODE	KEGIATAN, KELOMPOK BELANJA, JENIS BELANJA DAN MAK	TAHUN 2025			TAHUN 2026			TAHUN 2027			TAHUN 2028			TAHUN 2029		
		VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD	VOLUME	PEMBIAYAAN	SD
1	2	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
525121	Belanja barang persediaan barang konsumsi BLU_makanan pasien	1 Tahun	3.434.650.000	BLU	1 THN	4.584.400.000	BLU	1 Tahun	5.041.107.000	BLU	1 Tahun	6.041.107.000	BLU	1 Tahun	7.041.107.000	BLU
525112	Belanja barang_sewa rumah dan mess				1 THN	120.000.000	BLU	1 Tahun	75.000.000	BLU	1 Tahun	100.000.000	BLU	1 Tahun	100.000.000	BLU
525113	Belanja jasa	1 Tahun	7.668.987.000	BLU	1 THN	12.596.218.000	BLU	1 Tahun	9.530.766.000	BLU	1 Tahun	10.530.766.000	BLU	1 Tahun	10.530.766.000	BLU
525113	Belanja jasa (telpon dan air)							12 bulan	600.000.000	BLU	12 bulan	600.000.000	BLU	12 bulan	600.000.000	BLU
525113	Belanja jasa_biaya provisi dan bunga (PMK 29)				1 tahun	3.052.898.000	BLU	1 Tahun	3.275.982.000	BLU	1 Tahun	3.275.982.000	BLU	1 Tahun	3.275.982.000	BLU
525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	1 Tahun	1.235.446.000	BLU	1 THN	4.002.369.000	BLU	1 Tahun	3.175.000.000	BLU	1 Tahun	3.575.000.000	BLU	1 Tahun	3.575.000.000	BLU
525121	Belanja barang persediaan barang konsumsi BLU	1 Tahun	2.343.157.000	BLU	1 THN	4.250.000.000	BLU	1 Tahun	2.560.000.000	BLU	1 Tahun	3.560.000.000	BLU	1 Tahun	3.560.000.000	BLU
525114	Belanja pemeliharaan	1 Tahun	10.678.725.000	BLU	1 THN	10.839.412.000	BLU	1 Tahun	10.805.000.000	BLU	1 Tahun	10.805.000.000	BLU	1 Tahun	10.805.000.000	BLU
525123	Belanja barang persediaan pemeliharaan BLU	1 Tahun	250.021.000	BLU	1 THN	500.000.000	BLU	1 Tahun	600.000.000	BLU	1 Tahun	600.000.000	BLU	1 Tahun	600.000.000	BLU
525115	Belanja perjalanan dinas	1 Tahun	1.390.209.000	BLU	1 THN	825.051.000	BLU	1 Tahun	500.000.000	BLU	1 Tahun	500.000.000	BLU	1 Tahun	500.000.000	BLU
525114	Belanja pemeliharaan_sarana TIK	62 Unit	206.741.000	BLU	51 unit	355.541.000	BLU	80 Unit	150.000.000	BLU	80 Unit	150.000.000	BLU	80 Unit	150.000.000	BLU
525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya_Pelatihan	327 orang	1.580.351.000	BLU	1 THN	1.883.004.000	BLU	1 Tahun	2.119.500.000	BLU	1 Tahun	2.119.500.000	BLU	1 Tahun	2.119.500.000	BLU
525111	Belanja gaji dan tunjangan	1 Tahun	65.709.751.000	BLU	1 THN	62.766.800.000	BLU	1 Tahun	71.435.000.000	BLU	1 Tahun	72.800.000.000	BLU	1 Tahun	75.075.000.000	BLU
525112	Belanja barang_promkes	1 Tahun	500.700.000	BLU	1 THN	669.950.000	BLU	1 Tahun	790.000.000	BLU	1 Tahun	790.000.000	BLU	1 Tahun	790.000.000	BLU
525119	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya_SDM	256 orang	2.503.784.000	BLU	500	4.393.676.000	BLU	1 Tahun	2.119.500.000	BLU	1 Tahun	2.160.000.000	BLU	1 Tahun	2.227.500.000	BLU
525113	Belanja_jasa_Survey kepuasan pasien	1 THN	98.065.000	BLU	1 THN	150.000.000	BLU	2 Paket	150.000.000	BLU	2 Paket	150.000.000	BLU	2 Paket	150.000.000	BLU
	Belanja Modal		10.925.395.000			24.625.681.000			19.077.145.000			21.496.645.000			11.880.145.000	
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_AIkes	127 Unit	6.083.145.000	BLU	65 Unit	20.448.592.000	BLU	25 Unit	3.317.098.000	BLU	50 Unit	13.107.648.000	BLU	25 Unit	4.191.148.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Pengolah Data	53 Unit	688.915.000	BLU	31 Unit	2.603.893.000	BLU	13 unit	551.850.000	BLU	31 Unit	903.893.000	BLU	31 Unit	603.893.000	BLU
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin_BLU (jaringan/ keamanan)	1 Paket	1.536.902.000	BLU	1 Paket	199.911.000	BLU	1 Paket	1.930.500.000	BLU	1 Paket	199.911.000	BLU	1 Paket	199.911.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_ERP							1 Paket	4.144.949.000	BLU						
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Data center							1 Paket	3.894.033.000	BLU						
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Pengembangan	1 THN	1.300.000.000	BLU	1 THN	500.000.000	BLU	1 Tahun	300.000.000	BLU	1 Tahun	300.000.000	BLU	1 Tahun	300.000.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Fasilitas perkantoran	110 Unit	1.316.433.000	BLU	72 Unit	873.285.000	BLU	10 unit	354.784.000	BLU	72 Unit	873.285.000	BLU	72 Unit	473.285.000	BLU
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan BLU							1 Tahun	1.917.710.000	BLU	1 Paket	2.556.947.000	BLU	1 Paket	2.556.947.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_AIkes							1 Tahun	2.642.483.000	BLU	1 Paket	3.523.310.000	BLU	1 Paket	3.523.310.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Pengolah Data							1 Tahun	9.688.000	BLU	1 Paket	14.084.000	BLU	1 Paket	14.084.000	BLU
537112	Belanja modal peralatan dan mesin BLU_Fasilitas perkantoran							1 Tahun	14.050.000	BLU	1 Paket	17.567.000	BLU	1 Paket	17.567.000	BLU
	PHLN		-			-			231.700.000.000			-			300.000.000.000	
	Belanja Modal		-			-			231.700.000.000			-			300.000.000.000	
531113	Belanja Modal Gedung							1 Paket	231.700.000.000	PLN	1 Paket			1 Paket	300.000.000.000	PLN
	KELOMPOK PENGELUARAN PEMBIAYAAN															
	Sub Kelompok Pengeluaran Pembiayaan															
	Jumlah															
	RM		57.429.009.000			50.083.680.000			93.262.560.000			204.721.122.000			78.427.087.000	
	PLN		-			-			231.700.000.000			-			300.000.000.000	
	PNBP BLU		153.483.944.000			156.917.000.000			167.000.000.000			170.000.000.000			170.000.000.000	
	Seluruhnya		210.912.953.000			207.000.680.000			491.962.560.000			374.721.122.000			548.427.087.000	

Lampiran 13
Proyeksi Keuangan Tahun 2025 s/d 2029 (Versi SAK dan SAP)

TAHUN	AKRUAL BASIS (VERSI SAK)		CASH BASIS (VERSI SAP)	
	Target Pendapatan	Target Beban	Target Pendapatan	Target Belanja
2025	155.000.000.000,00	147.096.029.220,00	153.483.944.000,00	147.096.029.220,00
2026	160.000.000.000,00	153.778.660.000,00	156.917.000.000,00	153.778.660.000,00
2027	175.000.000.000,00	163.700.000.000,00	165.000.000.000,00	161.700.000.000,00
2028	163.000.000.000,00	161.500.000.000,00	160.000.000.000,00	160.000.000.000,00
2029	168.000.000.000,00	166.800.000.000,00	165.000.000.000,00	165.000.000.000,00

Target pendapatan akrual berbeda dengan cash basis karena adanya piutang BPJS yang belum diterima sampai dengan tanggal 31 Desember tahun berjalan ke pihak rumah sakit. Untuk target belanja dan beban juga terdapat perbedaan karena adanya utang kepada pegawai berupa pembayaran remunerasi bulan Desember yang dibayarkan bulan Januari tahun berikutnya serta pembayaran tagihan air bulan Desember yang dibayarkan tahun berikutnya.

Lampiran 14
Roadmap Kegiatan Tahun 2025 s/d 2029

Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis	Kegiatan Tahun				
			2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Memperbaiki fasilitas pendukung: parkir, taman, toilet, dan ruang tunggu untuk meningkatkan kenyamanan pengunjung	Memperbaiki fasilitas parkir	Kerjasama parkir dengan pihak ke-3 untuk parkir pengunjung/ keluarga pasien				
		Memperbaiki fasilitas taman	Pemeliharaan halaman dan taman				
		Memperbaiki fasilitas toilet	Pemeliharaan kamar mandi/ WC				
		Memperbaiki fasilitas ruang tunggu	Penambahan ruang tunggu poliklinik	Pemeliharaan ruang tunggu			
			Penambahan ruang tunggu apotek rawat jalan				
			Pekerjaan lanjutan penambahan ruang tunggu poliklinik rawat jalan				
	Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana rumah sakit	Menambah sarana dan prasarana kesehatan		Penambahan ruangan ICU	Pembangunan gedung IGD terpadu		Pembangunan Gedung Rawat Inap dan <i>Center of Excellence</i>
		Mengadakan alat kesehatan sesuai dengan layanan	Pengadaan alat kesehatan sesuai dengan pengembangan layanan				
						Pengadaan peralatan u/ mengisi gedung IGD terpadu	
		Melakukan pemeliharaan sarana dan prasarana	Pemeliharaan gedung dan bangunan				
			Pemeliharaan alat kesehatan dan alat keperawatan				
			Pemeliharaan non alat kesehatan dan non alat keperawatan				
	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	Memperbaiki waktu pelayanan rawat inap	Perbaikan waktu pelayanan rawat inap				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan rawat inap				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan rawat inap				
		Memperbaiki waktu pelayanan rawat jalan	Perbaikan waktu pelayanan rawat jalan				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan rawat jalan				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan rawat jalan				
		Memperbaiki waktu pelayanan operasi elektif	Perbaikan waktu pelayanan operasi elektif				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan operasi elektif				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan operasi elektif				
		Memperbaiki waktu pelayanan radiologi	Perbaikan waktu pelayanan radiologi				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan radiologi				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan radiologi				
		Memperbaiki waktu pelayanan radiologi non konvensional	Perbaikan waktu pelayanan radiologi non konvensional				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan radiologi non konvensional				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan radiologi non konvensional				
		Memperbaiki waktu pelayanan laboratorium	Perbaikan waktu pelayanan laboratorium				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan laboratorium				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan laboratorium				
		Memperbaiki waktu pelayanan IGD	Perbaikan waktu pelayanan IGD				
			Monev berkala terhadap waktu pelayanan IGD				
			Tindak lanjut terhadap monev berkala terhadap waktu pelayanan IGD				

Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis	Kegiatan Tahun					
			2025	2026	2027	2028	2029	
Terwujudnya layanan terbaik level Asia	Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: antrian pasien RJ, RI, OK dan IGD	Melakukan penambahan SDM	Melakukan penambahan SDM: - Dokter spesialis neurologi - Dokter spesialis bedah saraf - Dokter spesialis jantung - Dokter spesialis keterampilan fisik - Dokter spesialis bedah subspesialis bedah vascular - Dokter spesialis mata - Psikolog klinis - Dokter spesialis gizi klinik - Dokter spesialis radiologi - Radiografer - Perawat - Asisten apoteker	Melakukan penambahan SDM: - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompetensi madya ke utama untuk saraf/ neuroscience; jantung dan pembuluh darah; rehabilitasi - Dokter dalam rangak peningkatan strata kompetensi dari dasar ke madya untuk uronefro; neonatus; neoplasma; ibu dan ginekologi; musculoskeletal dan jaringan; THT - Perawat S1 - Perawat D3 - Nakes lainnya	Melakukan penambahan SDM: - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompetensi utama ke paripurna untuk saraf/ neuroscience; rehabilitasi medik - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompetensi dasar ke madya untuk trauma - Perawat S1 - Perawat D3 - Nakes lainnya	Melakukan penambahan SDM: - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompetensi dari utama ke paripurna untuk layanan jantung dan pembuluh darah - Dokter dalam rangka peningaktan strata kompetensi madya ke utama untuk layanan uronefro; musculoskeletal dan jaringan lunak - Perawat S1 - Perawat D3 - Nakes lainnya	Melakukan penambahan SDM: - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompetensi dari madya ke utama untuk neotatus; ibu dan ginekologi; THT - Dokter dalam rangka peningkatan strata kompentensi dari dasar ke madya untuk hematologi - Perawat S1 - Perawat D3 - Nakes lainnya	
			Melakukan survey kepuasan					
	Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien	Melaksanakan program <i>customer service</i> yang berfokus pada <i>hospitality</i> dan <i>patient experience</i>	Melakukan audit internal untuk mengidentifikasi kekurangan dalam sistem pelayanan					
			Meningkatkan komunikasi efektif dengan pasien					
		Melakukan edukasi dan penyuluhan kesehatan secara berkala	Optimalisasi pemberian Pendidikan pasien yang berkualitas oleh tim edukasi pasien/ tim konseling terpadu saat pasien di rawat dan akan pulang rawatan secara langsung dan melalui media lainnya					
			Membentuk berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien	Optimalisasi layanan informasi pasca rawatan dengan aplikasi yang dibangun RS	Menyediakan layanan paska rawatan dalam hari kerja dan jam kerja	Optimalisasi layanan paska rawatan dalam hari kerja dan jam kerja		
		Mempercepat penyelesaian keluhan kategori non-medis	Menanggapi keluhan/ pengaduan pasien dengan cepat					
			Monev berkala					
	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas	Menguatkan kapabilitas pelayanan untuk RS jejaring	Melakukan pembinaan (konsultasi, advokasi, dan monitoring) terhadap RS yang diampu	Tindak lanjut monev berkala terhadap keluhan pasien/ keluarga				
				Melakukan pengampuan sesuai kebijakan/ regulasi yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan				
Monev terhadap kegiatan pengampuan								
Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset	Memiliki layanan unggulan berbasis riset	Riset di bidang otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah	Riset di bidang otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah	Riset di bidang otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah	Riset di bidang otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah	Riset di bidang otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah	
			Pengembangan rencana riset strategis yang mendukung pelayanan otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah					
	Meningkatkan jumlah publikasi di jurnal internasional melalui penelitian translasional	Melakukan kegiatan riset dan penelitian	Pelaksanaan riset strategis yang mendukung pelayanan otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah					
			Monev pelaksanaan riset strategis yang mendukung pelayanan otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah					
			Tindak lanjut monev pelaksanaan riset strategis yang mendukung pelayanan otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah					
			Tindak lanjut monev pelaksanaan riset strategis yang mendukung pelayanan otak dan saraf, rehabilitasi medik serta jantung dan pembuluh darah					

Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis	Kegiatan Tahun				
			2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Menerapkan digitalisasi sistem dan administrasi yang terintegrasi data antrian pendaftaran, dan <i>medical record</i> yang terintegrasi	Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	Pemanfaatan sistem terintegrasi IT dalam peningkatan tata kelola rumah sakit dari front office sampai dengan back office				
			Persiapan sarana pendukung (HW/SW) Smart Hospital	Pelaksanaan (HW/SW) Smart Hospital	Optimalisasi (HW/SW) Smart Hospital		
		Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi	Optimalisasi RME yang terintegrasi				
	Menerapkan digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi	Perencanaan, pengembangan, dan implementasi inventory yang terintegrasi	Pengembangan Aplikasi Informasi Stok Farmasi dan Logistik untuk notifikasi persediaan stok farmasi dan logistik	Optimalisasi alikasi inventory yang terintegrasi			
	Menguatkan fungsi pengadaan barang dan jasa menggunakan e-catalogue	Membenahi peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa	Pemanfaatan e-katalog dalam proses perencanaan anggaran dan proses pengadaan				
Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	Meningkatkan kualitas aspek finansial, pelayanan dan Total Quality Management (TQM)	Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial	Memastikan kebutuhan data untuk indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek finansial				
		Memastikan indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan	Memastikan kebutuhan data untuk indikator kinerja keuangan untuk maturity rating aspek pelayanan				
Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Meningkatkan utilisasi bed rawat inap	Meningkatkan efisiensi perawatan pasien	Reviu tarif RS tiap tahun				
			Usulan penyesuaian tarif INA CGBs				
			Monev dan reviu tarif berkala				
	Meningkatkan produktivitas SDM dan alat	Pelaksanaan OPPE (On going professional practice evaluation) per triwulan					
		Penyusunan <i>Time Motion Study</i> (TMS) masing-masing unit kerj/ unit layanan					
		Penempatan pegawai sesuai TMS					
		Peningkatan jumlah pasien rawat jalan					
Meningkatkan produktivitas rawat jalan RSV	Meningkatkan jumlah pasien rawat jalan	Peningkatan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah					
Meningkatkan produktivitas ruang OK RSV	Meningkatkan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah	Peningkatan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah					
Melakukan pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi untuk efisiensi biaya	Perencanaan <i>central procurement</i> untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi	Pemaketan perencanaan anggaran yang mempermudah proses pelaksanaan pengadaan					

Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis	Kegiatan Tahun				
			2025	2026	2027	2028	2029
Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Mengadakan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Pelatihan pelaksanaan kegiatan sesuai PPK dan <i>clinical pathway</i>				
		Peningkatan capaian indikator klinis	Peningkatan capaian indikator klinis				
		Penurunan Angka kejadian CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)	Penurunan Angka kejadian CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)				
		Penurunan Angka kejadian VAP (Ventilator Associated Pneumonia)	Penurunan Angka kejadian VAP (Ventilator Associated Pneumonia)				
		Penurunan Angka kejadian CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU	Penurunan Angka kejadian CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU				
		Penurunan Angka kejadian SSI (Surgical Site Infection) dengan jenis tindakan operasi	Penurunan Angka kejadian SSI (Surgical Site Infection) dengan jenis tindakan operasi				
	Meningkatkan mutu layanan unggulan	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan <i>clinical pathway</i>				
		Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)	Membuat PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)				
		Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan	Melakukan <i>review</i> PPK untuk seluruh layanan unggulan				
		Melaksanakan evaluasi capaian INM	Melaksanakan evaluasi capaian INM				
		Melaksanakan evaluasi capaian IKP	Melaksanakan evaluasi capaian IKP				
		Melaksanakan evaluasi capaian mutu area klinis	Melaksanakan evaluasi capaian mutu area klinis				

Sasaran Strategis	Inisiatif Strategis	Program Strategis	Kegiatan Tahun					
			2025	2026	2027	2028	2029	
Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Meningkatkan pendapatan layanan non-JKN	Meningkatkan jangkauan <i>channel</i> digital RS	Peningkatan promosi layanan (onsite dan digital marketing)					
		Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien	Penambahan kerjasama dengan pihak penjamin pembiayaan (asuransi dan perusahaan) untuk pasien non JKN					
		Mengembangkan layanan non-JKN	Optimalisasi UPZ untuk membantu pembiayaan pasien yang kurang mampu					
			Melakukan kajian pangsa pasar dalam rangka peningkatan cakupan daerah layanan dengan target tahun 2028 seluruh wilayah Sumatera					
		Mengimplementasi pola tarif non-JKN	Membuka poliklinik non JKN					
			Pemenuhan operasional layanan non JKN					
			Reviu tarif rumah sakit untuk non JKN					
			Usulan revisi tarif non JKN					
			Monev dan reviu tarif berkala					
Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	Meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan	Memantau kehadiran pemberi layanan poliklinik	Pemantauan kehadiran pemberi layanan poliklinik					
		Memantau kehadiran pemberi layanan rawat inap	Pemantauan kehadiran pemberi layanan rawat inap					
		Mengimplementasi pola remunerasi	Pemberian remunerasi berkeadilan					
		Meningkatkan kualitas Nakes dan Named melalui peningkatan kompetensi yang	Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named	Peningkatan kompetensi SDM untuk layanan unggulan melalui: Fellowship, pelatihan, workshop, pendidikan spesialis, pendidikan sub spesialis				
	Penerimaan PPDS layanan saraf dan bedah saraf							
	Penerimaan PPDS layanan non bedah saraf dan radiologi							
	Penerimaan tenaga perawat magang terlatih							
	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	Meningkatkan efisiensi keuangan RSV	Peningkatan efisiensi keuangan RS	Penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan				
				Pelaksanaan efisiensi keuangan				
		Meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit Meningkatkan kualitas keuangan RS	Peningkatan capaian pendapatan rumah sakit	Peningkatan capaian pendapatan rumah sakit				
Peningkatan nilai kinerja penganggaran			Penyusunan perencanaan anggaran berbasis kinerja					
Peningkatan capaian realisasi anggaran			Peningkatan capaian realisasi anggaran					

Catatan:

Penambahan SDM pada tahun 2025 s/d 2029 berhubungan dengan pemenuhan SDM dalam rangka persyaratan kompetensi layanan dari Kementerian Kesehatan. Pemenuhan SDM dapat dilakukan dengan mekanisme kerja sama/ mitra dan pengangkatan pegawai baru melalui mekanisme penambahan CASN dan/ atau mutasi masuk pegawai

Lampiran 15
Kamus Indikator Utama Tahun 2025 s/d 2029

IKU 1 : EBITDA Margin

Perspektif	<i>Financial</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal				
I K U	EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)				
Definisi	a. EBITDA margin adalah rasio surplus atau defisit sebelum pendapatan (beban) keuangan dan pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan pendapatan operasional netto rumah sakit b. Pendapatan operasional netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis) c. Khusus pada kegiatan non operasional/ lain-lain yang bersifat insidentil dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT d. Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 tahun 2022 e. Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 tahun 2022				
Rumus	$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan Operasional Netto}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	1%	1%	2%	2%	3%

IKU 2 : Skor Kepuasan Pelanggan

Perspektif	<i>Stakeholder</i>
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan terbaik level Asia
I K U	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
Definisi	a. Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat b. Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien c. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: • Poliklinik • Rawat inap • IGD; dan • laboratorium d. Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur survei kepuasan masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/ tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan dan sarana prasarana e. Pengukuran respon survei menggunakan skala <i>likert</i>, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan f. Metode pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknis kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal 1) Metode pengolahan data • Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan atau dihitung dengan rumus $S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{\{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q\}}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang berisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapatkan nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) 2) Menghitung kepuasan pasien di satu unit Menjumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit

	3) Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit • Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit • Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit Tabel konversi nilai kepuasan <table><tr><th>Nilai Persepsi</th><th>Nilai Interval (NI)</th><th>Nilai Interval Konversi (NIK)</th><th>Mutu Pelayanan (x)</th><th>Kinerja Pelayanan (y)</th></tr><tr><td>1</td><td>1,00 - 2,5996</td><td>25,00 - 64,99</td><td>D</td><td>Tidak baik</td></tr><tr><td>2</td><td>2,60 - 3,064</td><td>65,00 - 76,60</td><td>C</td><td>Kurang baik</td></tr><tr><td>3</td><td>3,0644 - 3,532</td><td>76,61 - 88,30</td><td>B</td><td>Baik</td></tr><tr><td>4</td><td>3,5324 - 4,00</td><td>88,31 - 100,00</td><td>A</td><td>Sangat baik</td></tr></table>					Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)	1	1,00 - 2,5996	25,00 - 64,99	D	Tidak baik	2	2,60 - 3,064	65,00 - 76,60	C	Kurang baik	3	3,0644 - 3,532	76,61 - 88,30	B	Baik	4	3,5324 - 4,00	88,31 - 100,00	A	Sangat baik
Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan (y)																										
1	1,00 - 2,5996	25,00 - 64,99	D	Tidak baik																										
2	2,60 - 3,064	65,00 - 76,60	C	Kurang baik																										
3	3,0644 - 3,532	76,61 - 88,30	B	Baik																										
4	3,5324 - 4,00	88,31 - 100,00	A	Sangat baik																										
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional																													
Sumber Data	Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat																													
Periode Pelaporan	Bulanan																													
Target	2025	2026	2027	2028	2029																									
	(76,61-88,30) Baik	(76,61-88,30) Baik	(76,61-88,30) Baik	(88,31-100) Sangat Baik	(88,31-100) Sangat Baik																									

IKU 3 : Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target

Perspektif	<i>Stakeholder</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas				
I K U	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target				
Definisi	a. Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk rumah sakit umum dan pelayanan spesialisasi untuk rumah sakit khusus dibandingkan dengan total jumlah rumah sakit yang seharusnya diampu b. Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan KepDirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional pelayanan kanker, jantung dan pembuluh darah, stroke, uronefrologi dan kesehatan ibu dan anak				
Rumus	Rumah Sakit yang Berhasil Diampu Jumlah Total Rumah Sakit yang Seharusnya Diampu x 100%				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	50%	57,5%	655	72,5%	80%

IKU 4 : Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian

Perspektif	<i>Stakeholder</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan				
I K U	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian				
Definisi	a. Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit b. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN c. Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis d. Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada 4 dan/ atau perbaruannya e. Target pendapatan penelitian diklasifikasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 31 tahun 2022 dan/ atau perbaruannya				
Rumus	$\frac{\text{Total Pendapatan dari Semua Penelitian CRU}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Penelitian				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	1%	1%	1%	1%	1%

IKU 5 : Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan

Perspektif	Proses Bisnis Internal					
Sasaran Strategis	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal					
I K U	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan					
Definisi	a. Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i> b. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup: 1) Persentase integrasi RME ke Satu Sehat¹ (W=20%) 2) Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit <i>online</i> dengan antrian BPJS (W=20%) 3) Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>² (W =20%) 4) Persentase integrasi <i>Human Resources Informastion System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS³ (W=20%) 5) Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS⁴ (W =20%) Catatan: ¹ Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan <i>ter-update</i> di dalam SatuSehat ² Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan inventori ³ Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/ pelayanan yang diberikan, dan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan SDM/ HRD ⁴ Sistem <i>finance</i> terintegrasi dengan SAKTI untuk pelaporan dengan metode SAP serta menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan keuangan/ <i>finance</i> berbasis SAK					
Rumus	$(\Sigma(A \times W) + (B \times W) + (C \times W) + (D \times W) + (**E \times W)$ *W = <i>weight</i>/ bobot					
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional					
Sumber Data	Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)					
Periode Pelaporan	Bulanan					
Target	2025	2026	2027	2028	2029	
	25%	50%	75%	90%	100%	

IKU 6 : Skor BLU *Maturity Rating*

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan akuntabel				
I K U	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>				
Definisi	Rumah sakit mengukur BLU <i>maturity rating</i> mengacu kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER 11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU <i>service and governance maturity rating</i> (BLUSmart) A. <i>Result Based</i> • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>output</i> yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kumulatif • Pada <i>result based</i>, aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan B. <i>Process Based</i> • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>input</i> maupun <i>output</i> yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan • Pada <i>process based</i> aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas • Level 1: <i>initial or ad hoc</i>; level 2: <i>managed</i>; level 3: <i>defined</i>; level 4: <i>predictable</i> dan level 5: <i>optimizing</i> • Capaian diakui adalah sesuai penilaian dari PPK BLU				
Rumus	Total Skor = bobot x Capaian Maturitas				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4

IKU 7 : *Bed Occupancy Rate* / BOR

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien				
I K U	<i>Bed Occupancy Rate</i> / BOR				
Definisi	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu				
Rumus	$\left[\frac{\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat Tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode}} \right] \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	70%	70%	70%	70%	70%

IKU 8 : *Bed Occupancy Rate / BOR*

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten				
I K U	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rate</i>				
Definisi	<i>Sureveillance</i> HAIs merujuk kepada Permenkes nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi: A. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>) B. VAP (<i>Ventilator Associted Pneumonia</i>) C. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU D. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) – dengan jenis tindakan operasi di rumah sakit: bedah orthopedi (ORIF atau <i>Total Hip Replacement</i>), seksio sesaria, apendektomi, herniotomi, katarak, CABG dan tumor jinak payudara *) Sumber: Definisi operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes no: YM.01.02/D.VI/97/2024				
Rumus	A : Σ insiden CAUTI B : Σ insiden VAP C : Σ insiden CLABSI D : Σ insiden SSI A: (jumlah kasus CAUTI : jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000 <i>catheter urinary-days</i> B: (jumlah kasus VAP1 : jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1000 <i>ventilator days</i> C: (jumlah kaus CLABSI1 : jumlah lama hari pemakaian vena sentral) x 1000 <i>central days</i> D: (jumlah kasus SSI1 : jumlah tindakan operasi) x 100 1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)				
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰
	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰
	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰
	D: < 1,0 %	D: < 1,0 %	D: < 1,0 %	D: < 1,0 %	D: < 1,0 %

IKU 9 : Persentase Standar Klinis yang Tercapai

Perspektif	Proses Bisnis Internal					
Sasaran Strategis	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten					
I K U	Persentase Standar Klinis yang Tercapai					
Definisi	Indikator persentase standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai rumah sakit Indikator standar klinis untuk layanan stroke adalah: 1. Pasien stroke hiperakut (<4,5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala non kontrak $\leq$ 30 menit => target 80% 2. Pasien stroke iskemik dengan onset < 4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena => target 80% 3. Pasien stroke iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 hari => target 80% 4. Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup => target 80%					
Rumus	Jumlah indikator yang tercapai / jumlah seluruh indikator yang diukur rumah sakit x 100%					
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang					
Sumber Data	a. Instalasi Radiologi b. Instalasi Gawat Darurat c. Instalasi Rawat Inap					
Periode Pelaporan	Bulanan					
Target	2025	2026	2027	2028	2029	
	80%	80%	80%	80%	80%	

IKU 10 : Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus kepada Pelanggan				
I K U	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit				
Definisi	a. Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan) b. Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN c. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN d. Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 tahun 2022				
Rumus	$\frac{\text{Pendapatan Non-JKN}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Akuntansi dan BMN				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	10%	10%	15%	30%	50%

IKU 11 : Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

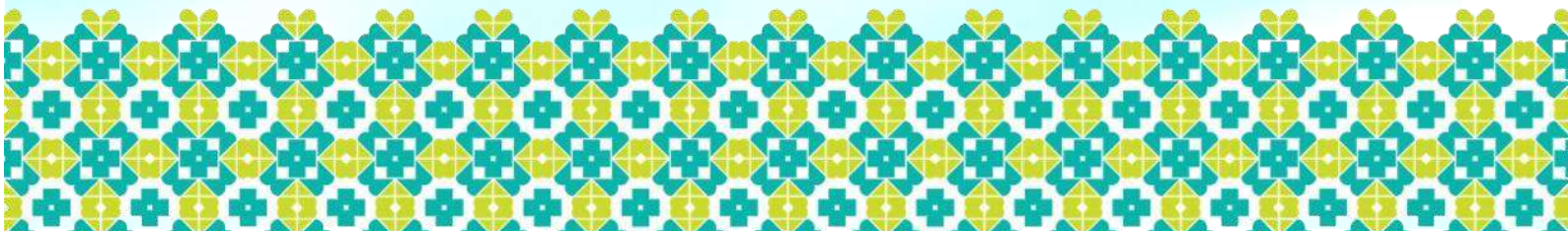
Perspektif	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK				
I K U	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai				
Definisi	a. Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana iatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat b. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit c. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit d. Unsur survei kepuasan pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur: • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karir • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit e. Pengukuran respon survei menggunakan skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan f. Metode pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>) g. Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal				
Rumus	Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1) / \text{jumlah unsur}$ Nilai survei kepuasan = $(\text{total dari nilai persepsi per unsur} / \text{total unsur yang terisi}) \times \text{nilai penimbang}$ Konversi nilai survei kepuasan = $\text{nilai survei kepuasan} \times 25$ Total nilai kepuasan = penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Organisasi dan SDM				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	(76,61-88,30) Puas	(76,61-88,30) Puas	(76,61-88,30) Puas	(88,31-100) Sangat Puas	(88,31-100) Sangat Puas

IKU 12 : *Training Effectiviness Index (TEI)*

Perspektif	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK				
I K U	<i>Training Effectiviness Index (TEI)</i>				
Definisi	<i>Training Effectiviness Index (TEI)</i> a. Tenaga kesehatan dan tenaga medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) b. Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi oleh rumah sakit c. Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit berupa pembiayaan pelatihan				
Rumus	TEI = Persentase tenaga kesehatan dan tenaga medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh rumah sakit				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%



Jl. Sudirman Nomor 1, Sapiran, Aur Birugo Tigo Baleh
Bukittinggi, Sumatera Barat



NO.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 - Cakupan Layanan Kesehatan Esensial	
	SS 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 14 - Persentase Kab/Kota dengan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar	
		ISS 16 - Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang terakreditasi paripurna	
		ISS 17 - Tingkat kepuasan pasien terhadap layanan Kesehatan	
	024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Program: Meningkatnya pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan lanjutan	IKP 14.2 - Rasio tempat tidur (TT) terhadap populasi	
		IKP 16.3 - Persentase Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan yang memenuhi standar pelayanan kesehatan berkualitas	
		IKP 16.4 - Persentase rumah sakit pemerintah terakreditasi paripurna	
		IKP 16.5 - Persentase kab/kota yang memiliki RS dengan kompetensi untuk menangani 10 penyakit prioritas	
		IKP 16.6 - Persentase RS Pemerintah yang patuh memberikan antibiotik sistemik empirik sesuai standar	
		IKP 17.2 - Tingkat kepuasan pasien di Fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan	
	6807 Menguatnya Tata Kelola Rumah Sakit		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal	IKM 33.8 - <i>EBITDA</i> Margin (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	1 %
		IKM 33.9 - Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10 %
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	IKM 16.3.1 - <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70 %
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Mutu Layanan Klinis Yang Baik dan Konsisten	IKM 16.4.1 - <i>Healthcare Associated Infection</i> (HAIs) <i>rates</i>	100 %
		IKM 16.4.2 - Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset 4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80 %
		IKM 16.4.3 - Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	≥90 %
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	IKM 17.2.1 - Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 nilai
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas	IKM 16.5.1 - Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/Diampu Sesuai Target	57,5 %
2.	Teknologi Kesehatan yang Maju	IT 5 - Persentase Populasi yang menggunakan Sistem Informasi Kesehatan Nasional	
	SS 5.1 Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi kesehatan dan uji klinis		
	024.DY Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan		
	Sasaran Program: Meningkatnya layanan berbasis kedokteran presisi		

NO.	Tujuan/Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/Kegiatan/Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Sasaran Program: Meningkatnya kapabilitas Riset di RS	IKP 32.2 - Pertumbuhan RS yang sudah menerapkan Hasil Riset Translasional	
		IKP 32.3 - Jumlah CRU yang sudah memenuhi standar GCP	
	6807 Menguatnya Tata Kelola Rumah Sakit		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	IKM 32.3.1 - Persentase Pendapatan Yang Diperoleh dari Semua Penelitian	0,5 %
3.	Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 - Nilai <i>Good Public Governance</i> Kementerian Kesehatan	
	SS 6.1 Meningkatkan kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan		
	024.WA Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan		
	7958 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjutan di Unit Pelaksana Teknis		
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 %
		IKM 33.2 - Training Effectiveness Index (TEI)	73,75 %
	Sasaran Kegiatan: Meningkatnya Kualitas Layanan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RS Otak M Hatta	92,75 nilai
		IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RS Otak M Hatta	82 nilai
		IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RS Otak M Hatta	95 %
		IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RS Otak M Hatta	96 %
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	IKM 33.7 - Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50 %
	Sasaran Kegiatan: Terwujudnya Tata Kelola Yang Bersih dan Akuntabel	IKM 33.8 - Skor <i>BLU Maturity Rating</i>	3 level
		IKM 33.9 - Nilai SAKIP RS Otak M Hatta	83 nilai

NO.	Kegiatan	Anggaran
1.	Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan	Rp. 152.830.686.000
2.	Program Dukungan Manajemen	Rp. 50.048.904.000
Total Anggaran DIPA Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi		Rp. 202.879.590.000



**RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA
BUKITTINGGI**

**TIM KERJA PERENCANAAN PROGRAM,
ANGGARAN DAN EVALUASI**

NOMOR SOP

OT.02.02/ D.XLIII/ **254** / 2024

TGL PEMBUATAN

04 DESEMBER 2023

TGL REVISI

02 JANUARI 2027

TGL EFEKTIF

02 JANUARI 2024

DISAHKAN OLEH



Direktur Utama

Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi

DIREKTORAT JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN

Dr. dr. Yusinwan, Sp.B., SpBA(K), M.A.R.S., FISQUA

196206041989031005

NAMA SOP

PENGUMPULAN DATA KINERJA

DASAR HUKUM

1. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
2. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI No. HK.02.02/I/1828/2019 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan kesehatan
3. Permenpan RB No. 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

KUALIFIKASI PELAKSANA

1. Menguasai *microsoft office*
2. Mengetahui dan memahami pengolahan data
3. Mamahami sasaran, target dan capaian kinerja

KETERKAITAN

SOP Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja

PERALATAN / PERLENGKAPAN

ATK, komputer, printer

PERINGATAN

Pengumpulan data kinerja harus dilakukan dengan tepat waktu

PENCATATAN DAN PENDATAAN

Capaian kinerja per bulan dari setiap Unit, Timker dan Instalasi

PENGELOLAAN DATA KINERJA

NO	AKTIVITAS	PELAKSANAAN					MUTU BAKU			KET
		Unit Terkait	Bidang/ Bagian/ Tim Kerja	Direksi	Dirut	Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran & Evaluasi	Kelengkapan	Waktu	Output	
1	Pengentrian data unit, Instalasi dan Bagian/ Timker						Data entrian	20 menit	Entrian Data di <i>google drive</i>	Dientrikan oleh unit setiap hari
2	Perekapan data yang sudah diinput unit dan divalidasi oleh bidang/ Timker paling lambat tanggal 06 setiap bulan disertai data dukung						Rekapan data unit	1 hari	Rekapan data unit di <i>google drive</i> dan sudah divalidasi	
3	Data yang sudah divalidasi oleh bidang/ Timker, di validasi oleh Direksi/ pimpinan Direktorat masing masing unit							1 hari	Rekapan data di <i>google drive</i> yang sudah di validasi	
4	Penarikan data/ rekapitulasi data capaian kinerja dari google drive, dan mengkoordinasikannya serta penyusunan laporan hasil capaian kinerja rumah sakit							1 hari	Rekapan data di <i>google drive</i>	Koordinasi dgn unit terkait
5.	Penyampaian dan pengesahan laporan hasil kinerja dan mutu rumah sakit ke Dirut sebelum tanggal 10 setiap bulan							2 jam	Hasil Laporan kinerja RS Bulanan	
6	Pengiriman hasil Laporan hasil kinerja dan mutu rs ke Kemenkes (Yankes dan PPK BLU) melalui Aplikasi							2 jam	Hasil Laporan kinerja RS Bulanan	



**RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA
BUKITTINGGI**

**TIM KERJA PERENCANAAN PROGRAM,
ANGGARAN DAN EVALUASI**

DASAR HUKUM

1. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
2. Permenpan RB No. 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan

KETERKAITAN

SOP Pengumpulan Data Kinerja Rumah Sakit
SOP Monitoring dan Evaluasi kinerja Rumah Sakit

PERINGATAN

Penyusunan Lakip harus selaras dengan Indikator Kinerja Utama yang terdapat pada Rencana Strategis Bisnis (RSB)

NOMOR SOP

OT.02.02/ D.XLIII/255/2024

TGL PEMBUATAN

04 Desember 2023

TGL REVISI

02 Januari 2027

TGL EFEKTIF

02 Januari 2024

DISAHKAN OLEH



Direktur Utama
Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi

Dr. Irwan, Sp.B., SpBA(K), M.A.R.S., FISQUA
NIP. 196206041989031005

NAMA SOP

**PENYUSUNAN LAPORAN
AKUNTABILITAS KINERJA**

KUALIFIKASI PELAKSANA

1. Memiliki kewenangan dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja
2. Memiliki kemampuan dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja
3. Tersertifikasi dalam penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja

PERALATAN / PERLENGKAPAN

ATK, komputer, Printer, USB

PENCATATAN DAN PENDATAAN

1. Capaian Kinerja Utama (IKU) Tahunan (Target, Realisasi dan Persentase Capaian Kinerja)
2. Analisa hasil capaian IKU
3. Rencana tindak lanjut terhadap capaian kinerja

PENYUSUNAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

NO	AKTIVITAS	PELAKSANAAN				MUTU BAKU			KET
		Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran & Evaluasi	Direksi	SPI	Direktur Utama	Kelengkapan	Waktu	Output	
1	Mengumpul data dari masing masing unit dan timker dan menyiapkan data data bahan Lakip					Data realisasi kinerja 1 tahun	7 hari	Data capaian realisasi 1 tahun (Januari – Desember)	
2	Mengkompilasi data, melakukan analisa capaian kinerja dan menyusun Laporan Akuntabilitas					Hasil realisasi capaian per bulan dan per tahun	7 Hari	Kompilasi/ rekapan data dan format laporan akuntabilitas	
3	Penyampaian Laporan lakip untuk di reviu pimpinan					Draft Lakip	3 hari	Hasil reviu Lakip dari pimpinan	
4	Penyempurnaan penyusunan Lakip					Dokumen Lakip	7 hari	Dokumen Lakip yang sudah disempurnakan	
5.	Penyampaian dokumen Lakip ke SPI untuk di reviu					Dokumen Lakip	2 Hari	Dokumen Lakip yang sudah di reviu	
6	Penyampaian dokumen Lakip ke direksi dan Dirut untuk persetujuan/ pengesahan					Dokumen Lakip	2 hari	Dokumen Lakip lengkap dan sudah pengesahan Surat dan rekap usulan perencanaan Rumah Sakit	
7	Penyampaian Dokumen Lakip ke Ditjen Yankes					Dokumen Lakip lengkap	1 hari	Dokumen Lakip lengkap	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman Bukittinggi Telepon (0752) 21013 Faksimile (0752) 23431

Email : rsomh.bkt20@gmail.com Email : rssnyanmed@yahoo.co.id Website : www.rsstrokebkt.com



SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI
NOMOR : HK.02.03/D.XLIII/ 374 /2024

TENTANG

**PENUNJUKAN DAN PENETAPAN TIM PENYUSUNAN LAKIP
(LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH)
RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI

MENIMBANG : a. bahwa dalam rangka penyusunan LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi, dipandang perlu untuk membentuk suatu tim;
b. bahwa nama-nama yang tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini dianggap cakap dan mampu untuk ditunjuk dan diangkat dalam Tim Penyusunan LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi;
c. bahwa untuk melaksanakan sebagaimana dimaksud pada huruf (a) dan huruf (b), maka perlu ditetapkan dengan suatu Surat Keputusan.

MENGINGAT : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

7. Peraturan...

7. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1842);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2020 tentang Tata Kerja Rumah sakit Otak DR. Drs. M. Hatta bukittinggi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1505);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kemeterian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/I/1031/2022 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi;
13. Surat Perintah Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : KP.03.04/I/0753/2022 Sebagai Pelaksana Tugas Direktur Utama Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

M E M U T U S K A N

- MENETAPKAN** : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI TENTANG PENUNJUKAN DAN PENETAPAN TIM PENYUSUNAN LAKIP (LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH) RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI
- KESATU** : Membentuk, menunjuk dan mengangkat nama-nama yang tersebut dalam lampiran Surat Keputusan ini sebagai Tim Penyusunan LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi.
- KEDUA** : Menetapkan tugas Tim Penyusun LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi sebagai berikut :
1. Mengumpulkan data dari unit-unit yang dibutuhkan.
 2. Menyusun, merumuskan semua capaian indikator.
 3. Melakukan analisis capaian kinerja
 4. Melakukan analisa efisiensi kinerja
 5. Melakukan penyusunan Lakip (narasi)
 6. Melakukan penyampaian Lakip ke Yankes melalui Aplikasi E peformance dan surat penyampaian melalalui SRIKANDI.
- KETIGA** : Dengan dikeluarkannya Surat Keputusan ini, maka Surat Keputusan Nomor HK.02.03/D.XLIII/3213/2023 tanggal 3 Juli 2023 tentang Pembentukan dan Penunjukan Tim Penyusun LAKIP (Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah) Tahun 2022 Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi yang ditetapkan sebelumnya dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KEEMPAT** : Surat Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dan akan diperbaiki kembali sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

PETIKAN : Surat Keputusan ini diberikan kepada masing-masing yang bersangkutan untuk diketahui dan dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Ditetapkan di : Bukittinggi
Pada Tanggal : 2 Januari 2024

Pt. DIREKTUR UTAMA,



Tembusan :

1. Direksi RSOMH Bukittinggi.
2. Kepala SPI RSOMH Bukittinggi.
3. Manajer terkait dilingkungan RSOMH Bukittinggi.
4. Ka. Inst terkait dilingkungan RSOMH Bukittinggi.

Lampiran Surat Keputusan Direktur Utama
RS. Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi
Nomor : HK.02.03/XXVIII/ ~~374~~ /2024
Tanggal : 2 Januari 2024

**PENUNJUKAN DAN PENETAPAN TIM PENYUSUNAN LAKIP
(LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH)
RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI**

PENGARAH : Direksi
KETUA : Manajer Perencanaan Program Anggaran dan Evaluasi
SEKRETARIS : Asisten manajer Perencanaan program dan Evaluasi
ANGGOTA : 1. Manajer Pelaksanaan Keuangan
2. Manajer Akuntansi dan BMN
3. Manajer Pelayanan penunjang
4. Manajer Pelayanan Medik
5. Asistem Menejer perencanaan Anggaran
6. Asisten Manajer BMN
7. Asisten Manajer Akuntansi
8. Susi Masfar, S.E
9. Rika Hidayati, S, ak
10. Dian Eka Sutra, S.K.M



Pt. DIREKTUR UTAMA,

YUSIRWAN



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial



PENGHARGAAN

Penghargaan ini diberikan kepada:

RSOMH BUKITTINGGI

Atas Komitmen FKRTL dalam Implementasi
Integrasi Sistem Antrian Online, Integrasi Sistem Klaim,
dan Implementasi E-SEP (Finger Print & Frista)

Direktur Teknologi Informasi
BPJS Kesehatan

Edwin Aristiawan



BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

PIAGAM PENGHARGAAN

diberikan Kepada :

RSOMH Bukittinggi

Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Terbaik
Se-Kota Bukittinggi



HARIS PRAYUDI, SKM

Kepala BPJS Kesehatan Cabang Bukittinggi



SERTIFIKAT PENGHARGAAN

Nomor KM.01.03/D.I/36/2026

Diberikan Kepada

RS Otak Dr.Drs.M. Hatta Bukittinggi

**Atas kontribusi dari segenap penulis dan admin pada
Konten Website Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan
Tahun 2025**

2 Januari 2026

Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



dr. Sunarto, M.Kes

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



**Rekapitulasi Kontribusi UPT yang Dipublikasikan
pada Website Ditjen Kesehatan Lanjutan (<https://keslan.kemkes.go.id/>)
Tahun 2025**

A. Artikel Kesehatan : 0
B. Berita : 22
C. Berita Foto : 0

Keterangan:

- Artikel kesehatan diunggah oleh admin artikel UPT, kemudian diverifikasi dan dipublikasikan oleh admin pusat.
- Artikel kesehatan belum dipublikasikan karena belum dilengkapi dengan sumber referensi yang memadai atau terindikasi plagiarisme.



MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

menganugerahkan

TANDA PENGHARGAAN

kepada :

RS Otak DR. Drs. M. Hatta

sebagai

**Rumah Sakit Kementerian Kesehatan
dengan Peningkatan Pendapatan lebih dari 20%
*year-on-year***

Jakarta, 5 Februari 2026

MENTERI KESEHATAN



BUDI G. SADIKIN