

Nomor : PR.05.06/D.XLIII/524/2026 30 Januari 2026
Lampiran : satu berkas
Hal : Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah
Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Jl. H. R. Rasuna Said No.Kav 4-9 Blok X-5, Kuningan,
Kota Jakarta Selatan, Jakarta

Berdasarkan Surat Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor PR.03.03/D.I/622/2026 tanggal 22 Januari 2026 bahwa Satuan Kerja menyusun Laporan Kinerja Tahun 2025 dan disampaikan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan paling lambat tanggal 31 Januari 2026 disertai dengan surat pengantar yang ditandatangani oleh Pimpinan Satker dan harus sudah melalui reviu oleh SPI satuan kerja, bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 beserta Pernyataan Telah Direviu oleh Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) sebagaimana terlampir.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian Bapak diucapkan terima kasih.

Plt. Direktur Utama RS Otak M Hatta Bukittinggi



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

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



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

TA 2025

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI
TAHUN 2025

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA TAHUN 2025

RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI

DIREKSI

Bukittinggi, 30 Januari 2026

Plt. Direktur Utama RS Otak M Hatta Bukittinggi,



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

NIP 196211221989031001

Plt. Direktur Pelayanan Medik,
Keperawatan dan Penunjang,



dr.Sofni Sarmen,SpA.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 Tahun 2025 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 Tahun 2025. 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 2025.

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 Januari 2026
Plt. Direktur Utama RS Otak M Hatta Bukittinggi



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

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 M. Hatta Bukittinggi, yang meliputi sumber daya manusia, sumber daya keuangan, sarana dan prasarana, serta sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Rumah Sakit untuk meningkatkan kinerjanya.

Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan dibidang penyakit otak. Dalam melaksanakan tugasnya tersebut Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi telah menyusun Rencana Strategi Bisnis periode 2025-2029 dengan mengevaluasi faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi rumah sakit/ Analisis SWOT. Dalam menyusun RSB RSOMH Bukittinggi menetapkan visi, misi, sasaran strategis sesuai dengan rencana strategi Kementerian Kesehatan dan Indikator Kinerja Utama (IKU), inisiatif strategi yang selaras dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. Sasaran strategi/ peta sasaram strategi, KPI/ IKU dan yang telah ditetapkan terdiri dari 10 (sepuluh) sasaran kegiatan dan 12 (dua belas) Indikator Kinerja Utama (IKU). Untuk Perjanjian Kinerja Tahun 2025, Indikator Kinerja Utama ditambah dengan indikator kinerja direktif sebanyak 1 (satu) Sasaran Kegiatan dan 2 (dua) Indikator Kinerja yang ditetapkan melalui Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 Nomor PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 5 Februari 2025. Tahun 2025 merupakan tahun pertama dari pelaksanaan Rencana Strategi Bisnis.

Melalui penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja, Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi melaksanakan kewajiban dan tanggung jawabnya dalam mewujudkan *good governance* dengan melaporkan Capaian Kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang telah direncanakan pada tahun 2025 sesuai dengan indikator kinerja yang ditetapkan dalam RSB 2025 – 2029. Berdasarkan pengukuran indikator Perjanjian Kinerja Tahun 2025, belum semua indikator dapat mencapai target yang ditetapkan. Dari 14 (empat belas) Indikator yang ada Perjanjian Kinerja, sebanyak 9 (sembilan) indikator sudah tercapai bahkan ada yang melebihi target dan 5 (lima) indikator kinerja yang belum mencapai target, yaitu Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian, Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS, EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto), Nilai Kinerja Anggaran, dan Persentase Realisasi Anggaran.

Dalam merealisasikan capaian kinerja, Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi telah melakukan upaya antara lain:

1. Melakukan cascading mulai dari Direktur Utama sampai ke masing-masing Direktorat
2. Optimalisasi layanan dengan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan
3. Meningkatkan strategi promosi/ marketing layanan secara aktif
4. Meningkatkan kerja sama dengan penjamin pembiayaan non BPJS
5. Meningkatkan volume layanan non JKN melalui MCU, SCU dan Poli Eksekutif
6. Optimalisasi layanan neuro intervensi dan cardiointervensi
7. Meningkatkan volume layanan bedah saraf dan bedah dan bedah subspecialis lainnya (urologi dan bedah digestif)

8. Optimalisasi digitalisasi sistem
9. Melakukan efisiensi biaya
10. Melakukan monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap tahapan kegiatan yang sesuai dengan program kerja yang telah di susun

Realisasi penerimaan BLU Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp156.048.518.956,- atau mencapai 109,1% dari jumlah yang di anggarkan dalam DIPA realisasi pendapatan BLU TA 2025 yaitu sebesar Rp143.000.000.000,-. Terdapat kenaikan pendapatan BLU Tahun Anggaran 2025 dibandingkan TA 2024 sebesar Rp36.199.484.486,- atau sebesar 30,2%. Realisasi Belanja netto Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp200.103.249.948,- atau 94,9% dari anggaran belanja sebesar Rp 210.912.953.000,-.

Layanan unggulan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi antara lain: Pelayanan Neurorehabilitasi/ Neurorestorasi, Pelayanan Neurointervensi, Painintervensi, Neurosurgery, dan Stroke Check Up/ MCU.

Pada tahun 2025, penghargaan dan/atau sertifikasi yang didapat oleh RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi antara lain: Penghargaan Rumah Sakit dengan Peningkatan Pendapatan Lebih dari 20% *Year-on-year* dari Kementerian Kesehatan, Penghargaan kepada Kuasa Pengguna Anggaran Satker sebagai Peringkat KETIGA Satker Tercepat Penyampaian LPJ Bendahara BLU Semester I Tahun 2025 dari Kepala KPPN Bukittinggi, Penghargaan Kepatuhan Interaksi Pelayanan Publik Tahun 2025 dari Kementerian Kesehatan, Peringkat Biru Kinerja Pengelolaan Lingkungan Usaha dan/ atau Kegiatan (PROPER Daerah) Tingkat Provinsi Sumatera Barat dari Gubernur Sumatera Barat, Penghargaan atas Nilai Tingkat Digitalisasi Arsip dengan Kategori AA (Sangat Memuaskan) berdasarkan Hasil Penilaian Tingkat Digitalisasi Arsip Tahun 2025 dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, Penghargaan atas Komitmen FKRTL dalam Implementasi Integrasi Sistem Antrian online, Integrasi Sistem Klaim, dan Implementasi E-SEP (Finger Print & Frista) dari BPJS Kesehatan.

DAFTAR ISI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR DIAGRAM.....	viii
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.....	16
3. Perbandingan antara Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah sesuai Dokumen Rencana Strategis	19
4. Perbandingan Realisasi Kinerja di Level Nasional (Benchmarking Kinerja).....	21
5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan	22
6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	64
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan/kegagalan kinerja.....	66
B. Realisasi Anggaran	69
1. Realisasi Pendapatan	69
2. Realisasi Belanja	70
3. Neraca Barang Milik Negara	71
BAB IV PENUTUP.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Data Pegawai berdasarkan Direktorat Per Desember Tahun 2025	5
Tabel 2	Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan Per Desember Tahun 2025	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 2025	12
Tabel 6	Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Utama (berdasarkan RSB) Tahun 2025	15
Tabel 7	Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Direktif Tahun 2025	18
Tabel 8	Perbandingan Capaian Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2021 – 2025	18
Tabel 9	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2025 dengan Target Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2025 – 2029	19
Tabel 10	Perbandingan Capaian Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2025	21
Tabel 11	Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan Tahun 2025	24
Tabel 12	Realisasi CSAT Tahun 2025	24
Tabel 13	Data Perhitungan Capaian % Pencapaian Lokus yang Diampu Tahun 2025	27
Tabel 14	Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Tahun 2025 ...	27
Tabel 15	Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan Tahun 2025	30
Tabel 16	Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Tahun 2025	30
Tabel 17	Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan Tahun 2025	33
Tabel 18	Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan Tahun 2025	33
Tabel 19	Rincian Skor Self Assessment Maturity Rating TA 2024	36
Tabel 20	Realisasi Skor BLU Maturity Rating Tahun 2025	37
Tabel 21	Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan Tahun 2025	39
Tabel 22	Realisasi BOR Tahun 2025	39
Tabel 23	Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan Tahun 2025	41
Tabel 24	Data Perhitungan Capaian VAP per Bulan Tahun 2025	43
Tabel 25	Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan Tahun 2025	44
Tabel 26	Data Perhitungan Capaian SSI per Bulan Tahun 2025	45
Tabel 27	Realisasi HAIs Rates Tahun 2025	46
Tabel 28	Data Perhitungan Standar Klinis per Bulan Tahun 2025	48
Tabel 29	Data Capaian % Standar Klinis Tercapai per Bulan Tahun 2025	49
Tabel 30	Realisasi standar klinis yang tercapai Semester I Tahun 2025	49
Tabel 31	Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Tahun 2025	51
Tabel 32	Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Tahun 2025	51
Tabel 33	Data Perhitungan Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Tahun 2025	53
Tabel 34	Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Tahun 2025	53
Tabel 35	Data Perhitungan Training Effectiveness Index (TEI) per Bulan Tahun 2025	55
Tabel 36	Realisasi Indikator Training Effectiveness Index (TEI) Tahun 2025	55
Tabel 37	Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi Tahun 2025	57
Tabel 38	Realisasi EBITDA Margin Tahun 2025	58
Tabel 39	Data Nilai Kinerja Penganggaran RSOMH Bukittinggi Tahun 2025	60
Tabel 40	Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Tahun 2025	60
Tabel 41	Data Realisasi Anggaran RSOMH Bukittinggi Tahun 2025	62
Tabel 42	Realisasi Anggaran Tahun 2025	62
Tabel 43	Target dan Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2024 – 2025	69
Tabel 44	Perbandingan Realisasi Pendapatan BLU Tahun 2024 – 2025	69
Tabel 45	Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja Tahun Anggaran 2025	70
Tabel 46	Perbandingan Realisasi Belanja Netto Tahun 2024 – 2025	70
Tabel 47	Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN) (berdasarkan Laporan BMN Tahun 2025)	71

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 1	Struktur Organisasi Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi	4
Diagram 2	Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan Direktorat Tahun 2025	5
Diagram 3	Komposisi Pegawai RSOMH berdasarkan Jenis Jabatan Tahun 2025	5
Diagram 4	Benchmarking RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2025	21
Diagram 5	Capaian Indikator CSAT Semester I, Semester II dan TA 2025	24
Diagram 6	Capaian Indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Semester I, Semester II dan TA 2025	28
Diagram 7	Capaian Indikator % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I, Semester II dan TA 2025	30
Diagram 8	Capaian Indikator % penerapan IHS Terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I, Semester II dan TA 2025	33
Diagram 9	Skor Maturity Rating per Aspek Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)	37
Diagram 10	Skor Maturity Rating per Indikator Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)	37
Diagram 11	Capaian Indikator BOR Semester I, Semester II dan TA 2025	40
Diagram 12	Capaian Indikator HAIs Rates Semester I, Semester II dan Tahun 2025	46
Diagram 13	Capaian Indikator % Standar Klinis Tercapai Semester I, Semester II dan Tahun 2025	49
Diagram 14	Capaian Indikator % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I, Semester II dan Tahun 2025	51
Diagram 15	Capaian Indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I, Semester II dan Tahun 2025	54
Diagram 16	Capaian Indikator Training Effectiveness Index (TEI) Semester I, Semester II dan Tahun 2025	56
Diagram 17	Capaian Indikator EBITDA Margin Semester I, Semester II dan Tahun 2025.....	58
Diagram 18	Capaian Indikator Nilai Kinerja Anggaran Semester I, Semester II dan Tahun 2025	61
Diagram 19	Capaian Indikator Realisasi Anggaran Semester I, Semester II dan Tahun 2025	63

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, sasaran strategis, program strategis serta indikator kinerja utama (IKU) atau keberhasilan sasaran dan program yang merupakan turunan dari kementerian Kesehatan sudah. Indikator Kinerja Utama (IKU) dituangkan pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025 antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI dengan Direktur Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi. Sebagai Implementasi Perjanjian Kinerja Tahun 2025, 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 2025 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. 76 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029
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

Mekanisme penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 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 Tahun 2025 adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja Tahun 2025 sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2025-2029 dan RBA tahun 2025
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

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2025 disusun berdasarkan hasil pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Otak DR. Drs. M Hatta Bukittinggi sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

Tugas pokok Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit otak.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

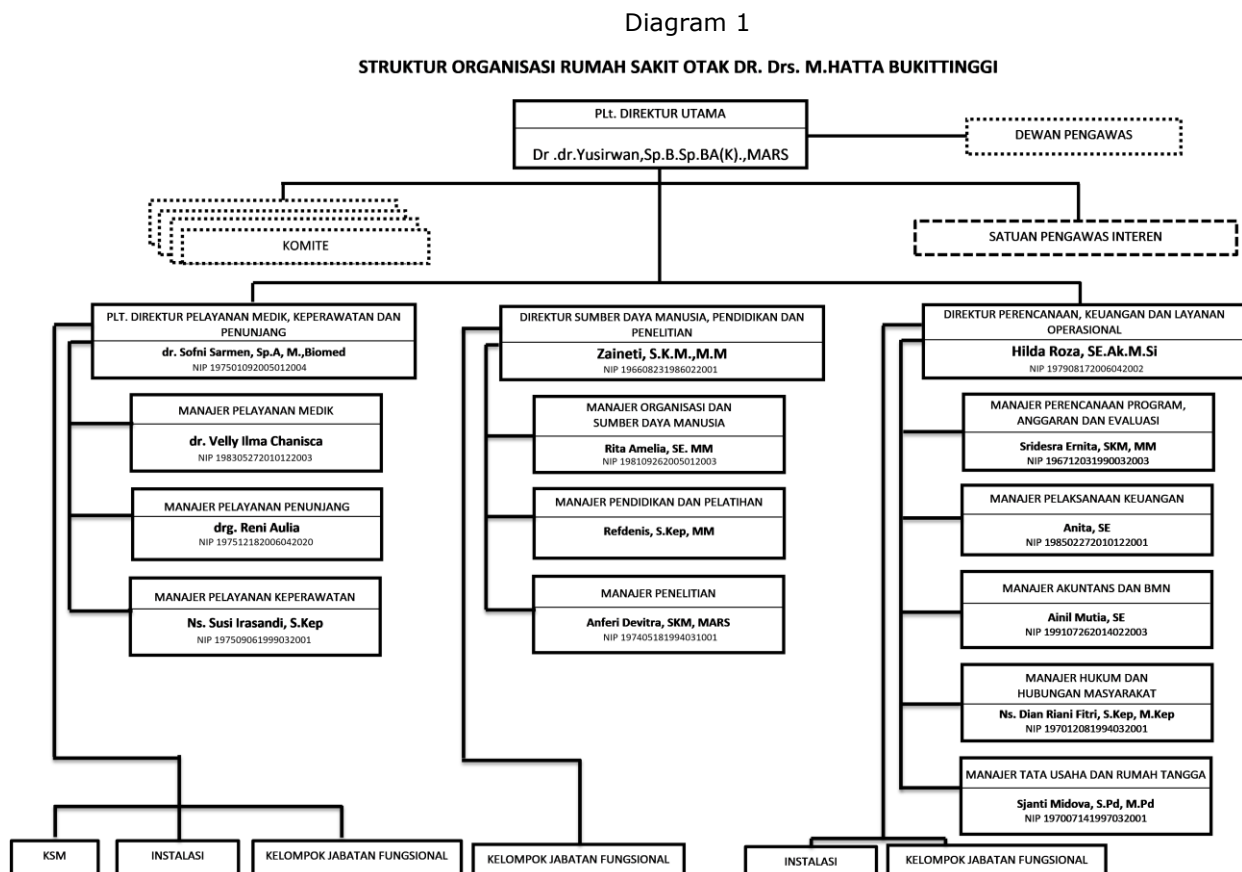
- a. Penyusunan rencana program dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit otak
- c. Pengelolaan pelayanan penunjang medis
- d. Pengelolaan pelayanan penunjang non medis
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dengan kekhususan di bidang penyakit otak
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi 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

Layanan Unggulan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi, antara lain:

- Pelayanan Neurorestorasi/ Neurorehabilitasi
- Pelayanan Neurointervensi
- Neuroradiologi
- Neurosurgery
- Stroke Check Up/ MCU

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:



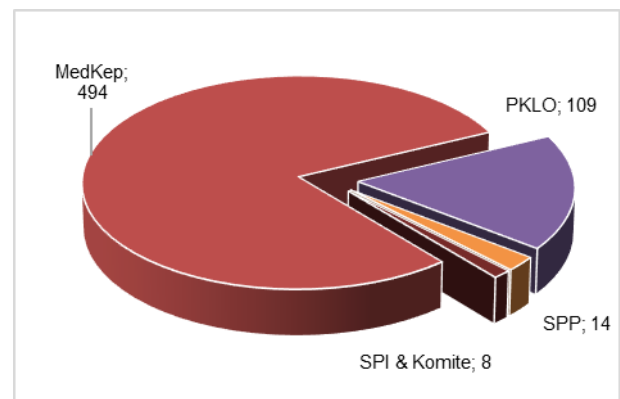
Sumber daya manusia di RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi berjumlah 625 orang, terbagi pada 3 (tiga) Direktorat, yaitu 494 orang pada Direktorat Medik dan Keperawatan, 109 orang pada Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional, dan 14 orang pada Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian, serta pada Satuan Pengawas Internal (SPI) sebanyak 5 orang dan Komite sebanyak 3 orang.

Tabel 1
Data Pegawai berdasarkan Direktorat
Per Desember Tahun 2025

NO	DIREKTORAT	JUMLAH	%
1	Medik dan Keperawatan	494	79,04%
2	Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	109	17,44%
3	Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian	14	2,24%
4	Satuan Pengawas Internal (SPI) dan Komite	8	1,28%
TOTAL		625	100%

Sumber : Data Tim Kerja OSDM

Diagram 2
Komposisi Pegawai RSMH berdasarkan
Direktorat Tahun 2025



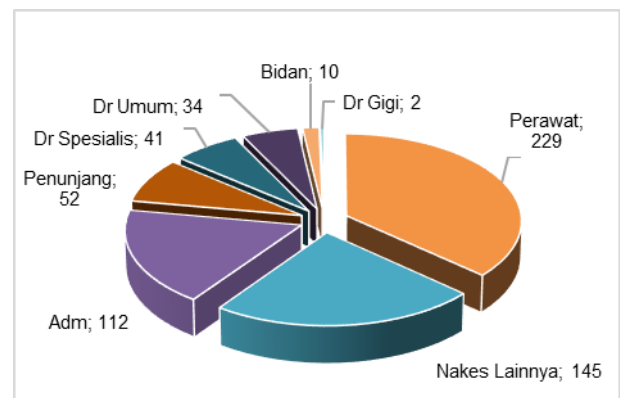
Berdasarkan jenis jabatannya, SDM RSMH Bukittinggi terdiri dari Dokter Subspesialis/ Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi, Perawat, Bidan, Tenaga Kesehatan lainnya, Tenaga Non Nakes Penunjang Pelayanan, dan Administrasi dengan komposisi sebagai berikut:

Tabel 2
Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan
Per Desember Tahun 2025

NO	GOLONGAN	JUMLAH	%
1	Dokter Umum	34	5,44%
2	Dokter Spesialis/ Subspesialis	41	6,56%
3	Dokter Gigi	2	0,32%
4	Perawat	229	36,64%
5	Bidan	10	1,60%
6	Nakes Lainnya	145	23,20%
7	Non Nakes Penunjang	52	8,32%
8	Administrasi	112	17,92%
TOTAL		625	100%

Sumber : Data Tim Kerja OSDM

Diagram 3
Komposisi Pegawai RSMH berdasarkan
Jenis Jabatan Tahun 2025



3. Aspek strategis Organisasi

Rumah Sakit Otak DR. Drs M. Hatta (RSOMH) Bukittinggi merupakan rumah sakit khusus tipe A yang berada di bawah Kementerian Kesehatan RI sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan RSOMH Bukittinggi adalah RS khusus tipe A yang memiliki pelayanan khusus otak dan saraf dengan tugas dan fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan.

Sebagai rumah Sakit penyedia layanan kesehatan dilingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, RSOMH Bukittinggi ikut berperan dalam mencapai tujuan strategis Kementerian kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta memberikan layanan setara Asia, dengan 3 (tiga) tugas utama 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.

RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit khusus yang melayani otak dan saraf tidak hanya berfokus pada pelayanan penyakit kekhususan neurologi dan bedah saraf, tetapi juga memberikan pelayanan kesehatan umum sebagai upaya pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan masyarakat secara komprehensif dan optimalisasi pemanfaatan fasilitas rumah sakit. Oleh karena itu, RSOMH Bukittinggi telah menetapkan Visi dan Misi serta tujuan untuk periode 2025-2029 selaras dengan rencana strategi Kementerian kesehatan yang sudah tertuang dalam Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode 2025 – 2029. Visi RS Otak DR. Drs M. Hatta Bukittinggi adalah **"Rumah Sakit dengan Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan yang Berkelanjutan"** dan 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.

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.

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.

Target Rencana Strategis 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, serta Jantung dan Pembuluh Darah

Adapun hambatan dalam mencapai Visi dan Misi dan perlu dilakukan perbaikan langkah-langkah strategis adalah sebagai berikut:

- 1) Keterbatasan lahan yang menyebabkan kesulitan dalam pengembangan sarana dan prasarana layanan
- 2) Jumlah SDM medis spesialis/ sub spesialis/ *fellowship* yang belum mencukupi dan belum sebanding dengan potensi peningkatan volume layanan untuk mendukung peningkatan strata kompetensi layanan
- 3) Keterbatasan jumlah SDM IT dalam pengembangan sistem informasi rumah sakit
- 4) Tingkat kepatuhan jam layanan SDM medis spesialis belum tercapai karena jumlah SDM yang belum mencukupi
- 5) Masih lemahnya koordinasi dan harmonisasi antar civitas hospitalia
- 6) Jumlah SDM non medis yang bertambah sehubungan dengan kebijakan pengangkatan PPPK yang tidak sebanding dengan peningkatan pendapatan
- 7) Pelayanan poli eksekutif non JKN *on stop service* belum tersedia
- 8) Terdapat sarana dan prasarana berupa gedung layanan yang belum sesuai standar
- 9) 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
- 10) Terdapat RSUD milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang berada di Kota Bukittinggi dengan layanan unggulan KJSU KIA
- 11) Perubahan rumah sakit dari rumah sakit kusus menjadi rumah sakit umum yang berpotensi terhadap penurunan tariff dengan IDRG untuk layanan dengan layanan dengan kompetensi strata madya dan dasar
- 12) Verifikator BPJS sering multi tafsir dalam penerapan aturan terkait verifikasi klaim yang menyebabkan peningkatan klaim pending
- 13) Masih rendahnya pola pikir masyarakat dalam penggunaan IT, seperti pendaftaran online dan pembayaran *cashless*

- 14) Tingginya tingkat kejahatan siber berupa: *ransomware*, *phishing*, pencurian data dan serangan *malware* yang dapat mengganggu operasional rumah sakit serta mengancam keamanan data pasien

Tindak lanjut atau langkah-langkah yang sudah dilakukan dijabarkan lebih lanjut pada Bab III Sub Bab 7 Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan/kegagalan kinerja.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs M Hatta Bukittinggi Tahun 2025 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 2025, 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 2025
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 2025

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2025

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.

RSOMH Bukittinggi memiliki Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan tata kelola manajemen dan pencapaian visi serta misi organisasi. RSB ini disusun dengan mempertimbangkan dan menyeimbangkan keahlian sumber daya manusia serta sumber daya lainnya agar mampu menjawab tuntutan perkembangan lingkungan strategis di segala aspek, sambil tetap memperhatikan dan mendukung tatanan sistem kesehatan nasional.

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> - <i>CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)</i> - <i>VAP (Ventilator Associated Pneumonia)</i> - <i>CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection)</i> - <i>SSI (Surgical Site Infection)</i>
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	9. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai 11. <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> 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%
3.	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
4.	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%	50%	75%	90%	100%
5.	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
6.	<i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%	70%	70%	70%	70%
7.	<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%
8.	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
9.	Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%	10%	15%	30%	50%
10.	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)
11.	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
12.	EBITDA margin (%) terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	2%	2%	3%

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025

Keberhasilan sasaran strategis diukur dengan indikator kinerja/ *Key Performance Indicator* (KPI) Direktur Utama dengan target yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan melalui Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 Nomor PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 5 Februari 2025. Pada bulan Desember 2025, untuk mengakomodir penyesuaian dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan terbaru, dilakukan revisi Perjanjian Kinerja 2025 pada bagian target Indikator Kinerja Direktif.

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 memuat sasaran, indikator dan target kinerja sesuai dengan RSB 2025 – 2029 yaitu dengan 12 (dua belas) sasaran kegiatan dan 12 (dua belas) Indikator kinerja utama (IKU), dengan penambahan 1 (satu) sasaran kegiatan dan 2 (dua) indikator kinerja direktif, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 5
Perjanjian Kinerja
Rumah Sakit Otak DR. Drs.M Hatta Bukittinggi Tahun 2025

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
Indikator Kinerja Utama			
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola /Diampu sesuai target	50%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian	1%
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating	Level 3
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6. <i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	< 1,0 ‰

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
		- CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)	< 1,0 ‰
		- VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)	< 1,0 ‰
		- CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>)	< 1,0 %
		- SSI (<i>Surgical Site Infection</i>)	
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	10%
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)
		11. <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA Margin (% Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%
Indikator Kinerja Direktif			
11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13. Nilai Kinerja Anggaran	92,35
		14. Persentase Realisasi Anggaran	96%

Pada tahun 2025 Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi mengalokasikan anggaran sebesar Rp 143.935.024.000,- untuk seluruh program dan kegiatan, dengan rincian: Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar Rp 99.483.029.000,- dan Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan sebesar Rp 44.451.995.000,-. Pada revisi Perjanjian Kinerja 2025 tertanggal 31 Desember 2025 alokasi anggaran dicantumkan sesuai pagu terakhir yaitu sebesar Rp 210.912.953.000,- dengan rincian Rp 163.782.873.000,- untuk Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan dan Rp 47.130.080.000,- untuk Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dari pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025 – 2029. RSB Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi merupakan turunan dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, dimana Renstra tersebut telah memperhatikan keterkaitan sasaran strategis, program strategis, inisiatif strategis dan indikator kinerja dan sudah dijadikan Perjanjian Kinerja (PK) yang menjadi IKU yang sama untuk seluruh RS Vertikal. Dalam pelaksanaan kegiatan tiap tahun difasilitasi melalui penetapan anggaran dan rencana kegiatan sesuai dengan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan RKAKL.

Penilaian kinerja dilakukan secara periodik tiap bulan dengan pelaporan dilakukan setiap semester. Penilaian kinerja tersebut dilakukan dengan melihat hasil capaian kinerja dibanding dengan target sehingga berdasarkan penilaian kinerja akan dihasilkan informasi masing masing hasil kinerja kemudian dilakukan analisa keberhasilan maupun kegagalannya. Hasil analisa dijadikan ukuran untuk menetapkan langkah tindak lanjut perencanaan program dan kegiatan pada periode berikutnya.

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui ketercapaian capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh Rumah Sakit Otak M. Hatta Tahun 2025. Pengukuran kinerja dilakukan untuk tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan.

1. Pengukuran Kinerja Tahun 2025 (Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025)

Sesuai dengan pernyataan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 yang dilakukan antara Direktur Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan, pengukuran kinerja tahun 2025 dilakukan sesuai Indikator Kinerja Utama pada Rencana Strategi Bisnis dan Indikator Kinerja Direktif.

Berdasarkan perhitungan realisasi kinerja Tahun 2025, dari 12 (dua belas) Indikator Kinerja Utama (IKU) pada RSB, terdapat 3 (tiga) indikator yang tidak tercapai yaitu: (1) Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian, (2) Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS, dan (3) EBITDA Margin. Sementara itu, untuk indikator direktif, seluruh indikatornya belum dapat mencapai target.

Secara keseluruhan, pada Tahun 2025, terdapat 5 (lima) indikator yang tidak mencapai target dari 14 (empat belas) indikator yang diperjanjikan, sebagai berikut:

- a. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
- b. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian
- c. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS
- d. Nilai Kinerja Anggaran
- e. Persentase Realisasi Anggaran

Tabel 6
 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Utama (berdasarkan RSB)
 Tahun 2025

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)	90,97	118,74%
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	50,00%	100,00%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	0,016%	1,62%
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	51,22%	204,89%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3,44	114,67%
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6. Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	77,8%	111,08%
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>)	< 1,0 ‰ < 1,0 ‰ < 1,0 ‰ < 1,0 ‰	0 ‰ 0 ‰ 0 ‰ 0,12 ‰	100,00% 100,00% 100,00% 100,00%
		8. Persentase standar klinis yang tercapai	80%	100%	125,00%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,38%	73,78%
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)	85,93	112,17%
		11. Training Effectiveness Index (TEI)	70%	74,67%	106,68%
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-21,09%	-2109,40%

Tabel 7
 Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Direktif
 Tahun 2025

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
1.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	1. Nilai Kinerja Penganggaran	92,35	92,05	99,68%
		2. Persentase Realisasi Anggaran	96%	94,88%	98,83%

2. Perbandingan antara Realisasi dan Capaian Kinerja Semester I tahun 2025 dengan tahun-tahun sebelumnya

Perbandingan antara realisasi dengan capaian kinerja tahun tahun 2025 dengan tahun-tahun sebelumnya dapat dilakukan pada beberapa indikator. Perbandingan dapat dilakukan pada indikator EBITDA Margin, yang diukur mulai tahun 2024. Nilai dari CSAT dan BOR dapat dibandingkan karena telah dilakukan pengukuran dengan Definisi Operasional yang sama di tahun-tahun sebelumnya pada penilaian indikator kinerja lain, seperti pada IKT dan indikator kinerja BLU. Penilaian Maturity Rating juga telah dimulai di tahun 2022 sehingga skornya dapat dibandingkan. Sementara itu indikator lainnya tidak bisa dilakukan perbandingan karena belum ada pengukuran pada tahun-tahun sebelumnya.

Tabel 8
 Perbandingan Capaian Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi
 Tahun 2021 – 2025

NO.	INDIKATOR KINERJA	2021		2022		2023		2024		2025	
		TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL
1.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)		87,04		83,51		91,49		92,59	Baik (76,61–88,3)	90,97
2.	Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target									50%	50,00%
3.	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian									1%	0,016%
4.	Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan									25%	51,22%
5.	Skor BLU Maturity Rating				Level 2		Level 3		Level 3	Level 3	3,44
6.	Bed Occupancy Rate/ BOR		53,4%		58,75%		81,38%		87,41%	70%	77,8%
7.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>										
	- CAUTI									< 1,0‰	0 ‰
	- VAP									< 1,0‰	0 ‰
	- CLABSI									< 1,0‰	0 ‰
	- SSI									< 1,0 %	0,12 %
8.	Persentase standar klinis yang tercapai									80%	100%
9.	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS									10%	7,38%
10.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai									Puas (76,61–88,3)	85,93
11.	Training Effectiveness Index (TEI)									70%	74,67%
12.	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)							10%	-20,73%	1%	-21,09%
13.	Nilai Kinerja Penganggaran									92,35	92,05
14.	Persentase Realisasi Anggaran									96%	94,88%

Berdasarkan Tabel 8 di atas, indikator yang dapat dibandingkan antara lain:

- a. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan); indikator ini dilakukan penilaian dari tahun 2021 dimana survey kepuasan dilakukan secara internal oleh Tim Kerja Hukum dan Humas. Pada tahun 2021 capaian Survei Kepuasan Pelanggan dapat tercapai dengan baik, dengan nilai 87,04. Pada tahun 2022 terjadi sedikit penurunan dibanding pada tahun 2021 yaitu 83,51, namun masih masuk dalam kategori "Baik". Sementara itu dimulai pada tahun 2023 kepuasan pelanggan dapat mencapai "Sangat Baik", dengan nilai di atas 90. Pada tahun 2025 hasil survei menunjukkan Skor Kepuasan Pelanggan 90,97. Capaian kepuasan pelanggan sudah mengalami peningkatan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya (2021 – 2023), namun perlu strategi baru untuk meningkatkan capaian.
- b. Skor BLU Maturity Rating; indikator Maturity Rating sudah dilakukan pengukuran sejak tahun 2022 (untuk penilaian TA 2021) dengan hasil level 2 (skor 2,77), sedangkan pada tahun selanjutnya sampai dengan penilaian di tahun 2025 mengalami peningkatan skor walupun masih bertahan di level 3. Pada penilaian yang dilaksanakan di tahun 2023 (untuk TA 2022) mendapatkan skor 3,28, tahun berikutnya naik menjadi 3,43 dan penilaian terakhir di tahun 2025 (untuk TA 2024) mengalami kenaikan menjadi 3,44. Berdasarkan capaian ini, diperlukan upaya peningkatan indikator-indikator pada Maturity Rating yang masih berada di bawah Level 3, yaitu indikator pada Aspek Keuangan meliputi: Likuiditas, Efisiensi, Efektivitas dan Tingkat Kemandirian.
- c. *Bed Occupancy Rate/ BOR*, indikator ini sudah dilakukan pengukuran terus menerus secara berkelanjutan dari tahun-tahun sebelumnya. Capaian BOR RSOMH dapat dilihat sebagai gambaran dari tahun 2021 nilai BOR 53,4%, terlihat sedikit peningkatan pada tahun 2022 yaitu 58,75%. Capaian BOR yang rendah ini disebabkan karena adanya pandemi COVID-19 sehingga terjadi pembatasan kunjungan pasien. Pada tahun 2023 nilai BOR dapat tercapai dengan baik yaitu 81,38%. Hal ini menggambarkan tingginya tingkat keterisian tempat tidur rumah sakit untuk rawat inap sedangkan pada tahun 2024 nilai BOR meningkat signifikan melebihi nilai standar BOR yaitu 87,41%, hal ini terjadi karena RSOMH mengembangkan beberapa layanan baru sehingga tingginya keinginan masyarakat yang membutuhkan layanan untuk datang ke rumah sakit. Hal ini menunjukkan tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RSOMH Bukittinggi. Pada Tahun 2025, BOR mencapai target yaitu 77,74%, dari target 70%, terjadi penurunan jika di bandingkan dari tahun sebelumnya meskipun penurunan tersebut masih dalam rentang standar nilai BOR sesuai Kemenkes. Hal ini disebabkan karena terjadinya penambahan jumlah tempat tidur.
- d. EBITDA Margin; pada tahun 2024 capaian EBITDA margin negatif yaitu -20,73% dari target 10% dan pada tahun 2025 dengan target yang ditetapkan 1% tercapai negatif yaitu -21,09%. EBITDA Margin tidak tercapai karena peningkatan beban lebih tinggi daripada peningkatan pendapatan. Dengan pencapaian tersebut, butuh upaya dan strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan capaian EBITDA Margin pada periode berikutnya.

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

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

NO.	INDIKATOR KINERJA	REALISASI	TARGET				
		2025	2025	2026	2027	2028	2029
1.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	90,97	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	50,00%	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
3.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0,016%	1%	1%	1%	1%	1%
4.	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	51,22%	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	77,8%	70%	70%	70%	70%	70%
7.	<i>HAI</i> s rates						
	- 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	0,12 %	<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	7,38%	10%	10%	10%	10%	10%
10.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	85,93	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)	74,67%	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%
12.	EBITDA margin (%) terhadap pendapatan operasional netto)	-21,09%	1%	1%	2%	2%	3%

Tahun 2025 merupakan tahun pertama 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 I pelaksanaan RSB yaitu tahun 2025, realisasi kinerja yang dicapai adalah sebesar 91,04 atau sangat baik tercapai dengan 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 tahun 2025 realisasi kinerja yang dicapai adalah sebesar 50% sesuai target, atau \pm 60% dari target jangka menengah.
- 3) Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, pada akhir periode Renstra ditetapkan sebesar 1%, sedangkan realisasi kinerja yang dicapai tahun 2025 adalah sebesar 0,016%, masih cukup jauh dari target.
- 4) Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan, pada tahun 2025 tercapai sebesar 51,22%. 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 51% pada tahun pertama. Kondisi ini mengindikasikan bahwa implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit Terintegrasi sesuai dengan tahapan capaian setiap tahun 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 adalah pada level 3 dengan skor 3,44. 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, serta integrasi proses berbasis manajemen risiko dan teknologi informasi.
- 6) *Bed Occupancy Rate/ (BOR)* terealisasi sebesar 77,74%, yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 70% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 111,00%. Capaian ini masuk kedalam rentang ideal nilai standar BOR Kementerian Kesehatan antara 60-85%.
- 7) Capaian *Healthcare Associated Infections (HAIs)* rates tahun 2025 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) % standar klinis yang tercapai, capaian indikator ini tercapai 100% jika dibandingkan dengan target jangka menengah 80%, capaian indikator % standar klinis sudah tercapai dengan baik
- 9) % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, capaian pendapatan Non-JKN belum mencapai target yaitu sebesar 7,45% dari 10% target yang telah ditetapkan, namun jika

dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu 10 % belum mencapai target, perlu strategi atau langkah-langkah yang lebih efektif dan optimal

- 10) Skor Tingkat Kepuasan Pegawai menunjukkan capaian kinerja sebesar 85,93%, berada pada kategori Puas dan telah tercapai sesuai target tahunan dalam rentang nilai 76,61–88,30. Namun, apabila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra, yaitu kategori Sangat Puas dengan rentang nilai 88,31–100, capaian tersebut masih belum mencapai target yang telah ditetapkan dan memerlukan upaya peningkatan berkelanjutan
- 11) Training Effectiveness Index (TEI) menunjukkan capaian kinerja sebesar 74,67%, telah melampaui target tahunan sebesar 70%. Namun, 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 I pelaksanaan RSB yaitu tahun 2025 realisasi kinerja yang dicapai adalah sebesar -16,58%, masih jauh dari target jangka menengah yang sudah ditetapkan yaitu 1% .

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”.

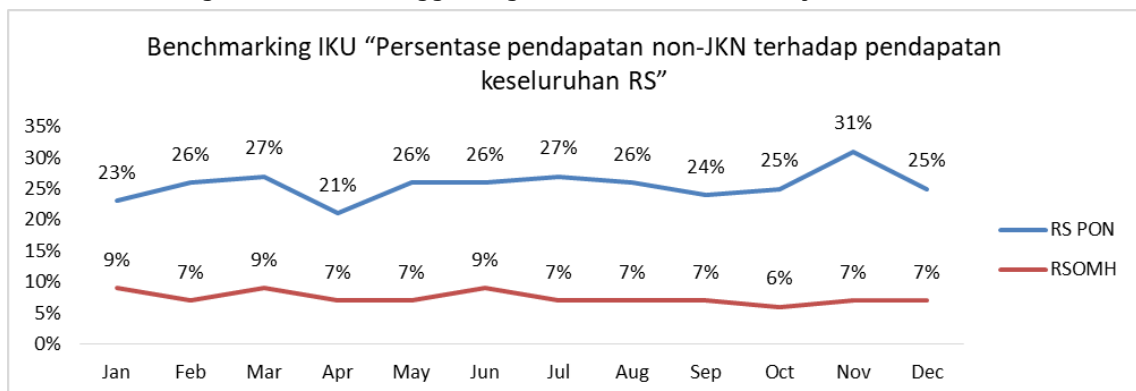
Tabel 10

Perbandingan Capaian Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2025

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOV	DES
RS PON	23%	26%	27%	21%	26%	26%	27%	26%	24%	25%	31%	25%
RSOMH	9%	7%	9%	7%	7%	9%	7%	7%	7%	6%	7%	7%

Diagram 4

Benchmarking RSOMH Bukittinggi dengan RS PON Mahar Mardjono Jakarta Tahun 2025



Data di atas menunjukkan bahwa sepanjang tahun 2025 RS PON mampu mempertahankan kontribusi pendapatan non-JKN pada kisaran 21%–31%, 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 6%–9% sepanjang tahun. 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 subspecialis 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)
- Membuka pelayanan Poliklinik Eksekutif secara paralel mulai dari pagi sampai sore hari termasuk hari libur
- 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

- 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 = $\text{Nilai Survey Kepuasan} \times 25$
- Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survey kepuasan tiap unsur
- Interval konversi nilai SKM yaitu:
 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 tahun 2025:

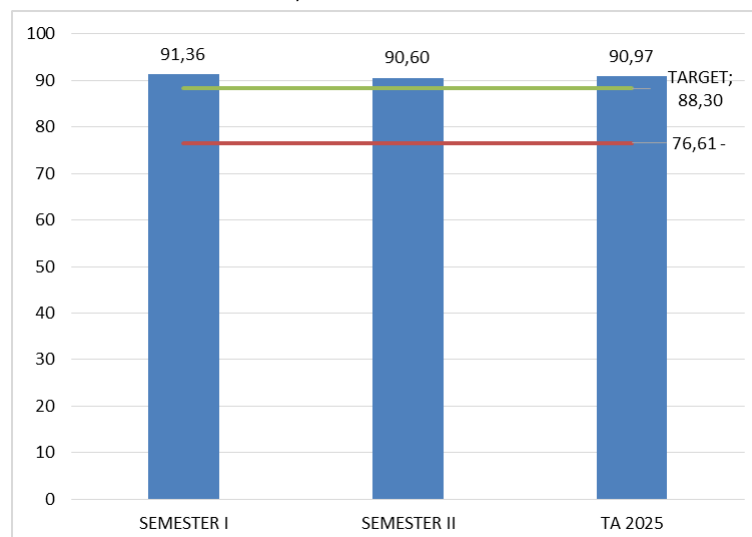
Tabel 11
 Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan
 Tahun 2025

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Januari	≥ 76,61	95,41	124,54%
Februari	≥ 76,61	96,36	125,78%
Maret	≥ 76,61	91,11	118,93%
April	≥ 76,61	86,85	113,37%
Mei	≥ 76,61	87,82	114,63%
Juni	≥ 76,61	90,62	118,29%
Semester I	≥ 76,61	91,36	119,26%
Juli	≥ 76,61	91,13	118,95%
Agustus	≥ 76,61	90,80	118,52%
September	≥ 76,61	91,15	118,98%
Oktober	≥ 76,61	91,05	118,85%
November	≥ 76,61	90,08	117,58%
Desember	≥ 76,61	89,36	116,64%
Semester II	≥ 76,61	90,60	118,25%
TA 2025	≥ 76,61	90,97	118,74%

Tabel 12
 Realisasi CSAT Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)	90,97	118,74%	Tercapai melebihi target

Diagram 5
 Capaian Indikator CSAT
 Semester I, Semester II dan TA 2025



Analisis Capaian Kinerja

Berdasarkan tabel di atas, capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT) pada tahun 2025 tercapai dengan sangat baik, yaitu sebesar 91,04 dan termasuk dalam kategori Sangat Baik. Realisasi tersebut telah melampaui target yang ditetapkan untuk tahun 2025, yaitu berada dalam rentang nilai 76,61–88,30 (kategori Baik), sehingga persentase capaian mencapai 118,84%. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pelanggan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit. Meskipun demikian, manajemen Rumah Sakit tetap perlu melakukan tindak lanjut secara berkelanjutan terhadap berbagai keluhan dan masukan pelanggan, serta menjaga konsistensi mutu pelayanan guna mempertahankan dan meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan.

Survei kepuasan pelanggan 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 2025 Berdasarkan Nilai Rata- Rata Perunsur pada:

- IGD
Nilai tertinggi yaitu pada unsur Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan dan unsur Perilaku Petugas, yaitu sebesar 3,79, sedangkan nilai rata-rata IKM terendah berada pada unsur Kesesuaian Produk Pelayanan dan Kecepatan Waktu Pelayanan yaitu sebesar 3,52, hal ini mencerminkan kepercayaan pasien terhadap kemampuan dan respon time petugas IGD dan perlunya perlunya peningkatan kenyamanan dan fasilitas pendukung di area IGD.
- Rawat Jalan
Nilai tertinggi yaitu pada unsur Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan dan unsur Perilaku Petugas, yaitu sebesar 3,79, sedangkan nilai rata-rata IKM terendah berada pada unsur Kesesuaian Produk Pelayanan dan Kecepatan Waktu Pelayanan yaitu sebesar 3,52, hal ini menunjukkan interaksi petugas dengan pasien berjalan sangat baik dan perlu peningkatan
- Rawat Inap
Nilai tertinggi yaitu pada unsur Perilaku Petugas, yaitu sebesar 3,74, sedangkan nilai terendah pada unsur Kesesuaian Produk Pelayanan yaitu sebesar 3,16

Kendala yang dihadapi:

1. Sarana dan prasarana

- Ruang tunggu yang belum memadai untuk pelayanan rawat jalan dan IGD dan rawat jalan
- Masih kurangnya jumlah tempat tidur layanan IGD, terbukti dengan banyaknya pasien tidak dapat dilayani karena tempat tidur IGD penuh
- Masih ada kamar mandi ruang rawat inap yang mengalami kerusakan

2. Waktu Penyelesaian Pelayanan

- Ketepatan waktu layanan belum optimal
- Pasien yang berasal dari luar kota tiba sebelum waktu mulai pelayanan

Langkah Strategis

1. Menjaga konsistensi alur pelayanan cepat dan responsif, terutama pada jam sibuk.
2. Melakukan perbaikan sarana prasarana, seperti ruang tunggu dan toilet
3. Waktu Penyelesaian Pelayanan:
 - Meningkatkan sosialisasi pendaftaran online secara berkelanjutan
 - Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap ketepatan waktu layanan
4. Menyediakan alokasi anggaran untuk melakukan survey kepuasan dengan pihak eksternal
5. Merencanakan pembangunan IGD terpadu

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, dalam hal ini RSOMH sebagai penyelenggara rumah sakit jejaring pengampunan pelayanan stroke sesuai dengan Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/42952/2024 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan Stroke. Keputusan ini ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan kompetensi penanganan stroke dan memastikan mutu serta akses pelayanan yang merata. Berdasarkan hal tersebut, maka keberhasilan lokus pengampunan dalam rangka terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas diukur dengan Indikator “% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target”.

Sebagai Rumah sakit pengampu RSOMH Bukittinggi bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan, pembinaan, dan supervisi kepada rumah sakit lain di wilayahnya terkait KJSU-KIA (Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi dan Kesehatan Ibu dan Anak). Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan KJSU-KIA melakukan kegiatan pengampunan dalam rangka mengembangkan kemampuan pelayanannya sesuai dengan target stratifikasi pelayanan

Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target merupakan indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur keberhasilan rumah sakit pengampu. Indikator ini bertujuan untuk memastikan adanya pusat rujukan yang berkualitas untuk pelayanan KJSU-KIA di setiap regional, meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan melalui sistem rujukan yang terstruktur, serta menciptakan jejaring pelayanan kesehatan yang kuat antar rumah sakit.

Formula

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

$$\frac{\text{Rumah sakit yang berhasil diampu}}{\text{Jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Realisasi indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target diukur dari data pelayanan yaitu dari 2 (dua) Rumah Sakit yang dilakukan pengampuan, 1 (satu) Rumah Sakit sudah dilakukan pengampuan.

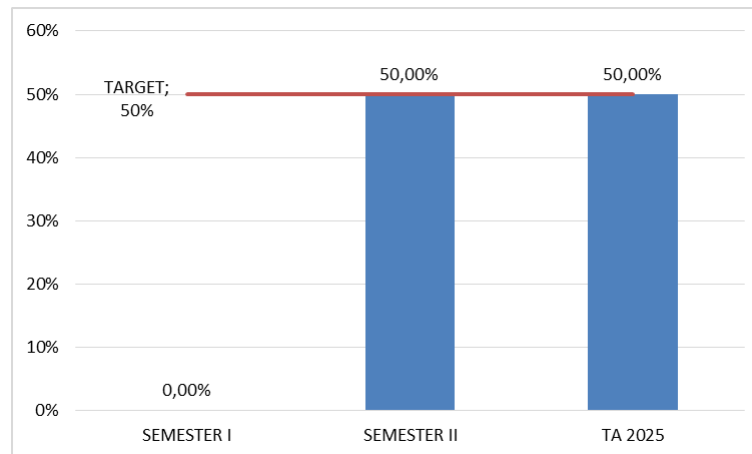
Tabel 13
 Data Perhitungan Capaian % Pencapaian Lokus yang Diampu
 Tahun 2025

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Semester I	50%	0%	0%
Semester II	50%	50%	100%
TA 2025	50%	50%	100%

Tabel 14
 Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
 Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	50%	100%	Tercapai sesuai target

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



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian diatas menunjukkan bahwa capaian indikator Pencapaian Lokasi yang dikelola/ diampu tercapai sesuai target yaitu 50% pada tahun 2025. Persentase tersebut diperoleh dari dari 2 (dua) rumah sakit daerah dengan strata dasar yang ditarget untuk dilakukan pengampunan pada tahun 2025 hanya 1 (satu) rumah sakit yang sudah selesai di lakukan pengampunan. Rumah Sakit yang menjadi target pengampunan layanan stroke tersebut adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Adnaan WD, dan Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. M.A. Hanafiah dengan pertimbangan adanya SDM dan sarana prasarana serta peralatan medis yang mendukung layanan stroke sesuai program pengampunan.

Melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024, RSOMH sebagai rumah sakit khusus yang memberikan pelayanan kesehatan di bidang otak dan saraf telah ditetapkan sebagai Rumah Sakit khusus strata Paripurna dalam jejaring pengampunan layanan Stroke, meskipun berdasarkan hasil proses identifikasi kompetensi rumah sakit yang dilaksanakan pada akhir tahun 2025, RSOMH tercatat berada pada strata Utama untuk layanan Stroke. Kondisi ini menjadi dasar bagi RSOMH untuk terus memperkuat peran dan kapasitasnya dalam jejaring pengampunan layanan Stroke secara berkelanjutan.

Kegiatan pengampunan dilakukan dengan 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 mensukseskan program jejaring pelayanan dimanfaatkan oleh RS Otak M. Hatta Bukittinggi untuk melakukan pengampunan program di bidang neurologi khususnya neurointervensi.

Adapun rangkaian kegiatannya adalah: Melakukan identifikasi kebutuhan pengampuan layanan stroke, membentuk Tim Pengampuan melalui Surat Keputusan Tim pengampuan (tim pengampuan Kelompok kerja/tim stroke, Kelompok kerja/tim code stroke yang ditetapkan oleh Direktur/ Pimpinan Rumah Sakit yang terdiri dari dokter spesialis neurologi, dokter spesialis radiologi, dokter umum, tenaga rehab medik dan perawat), menyusun program pengampuan, selanjutnya tahap pelaksanaan yaitu memberikan dukungan pengetahuan, teknologi dan keterampilan untuk peningkatan kompetensi SDM dalam memberikan pelayanan prioritas melalui pendidikan, pelatihan dengan metode Echo sesuai dengan jadwal dan materi (kegiatan dilakukan secara daring via Zoom meeting) dengan frekuensi 1 kali dalam seminggu dengan waktu selama 3 (tiga) bulan mulai dari bulan Agustus s.d Oktober 2025.

Adapun pun materi program pengampuan yang diberikan adalah:

1. Program Neurointervensi, trombektomi dan trombolisis
2. Program penatalaksanaan perawatan pada pasien Neurointervensi, trombektomi dan trombolisis
3. Program penataksanaan Rehab medik pada pasien Neurointervensi, trombolisis

Kendala yang dihadapi adalah:

1. Belum optimalnya ketersediaan waktu dan jadwal kegiatan pengampuan

Langkah Strategis

1. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan pengampuan

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. Aktivitas penelitian diantaranya adalah termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit pendidikan satelit ditargetkan mendapatkan pendapatan penelitian sebesar 1% dari pendapatan operasional rumah sakit.

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 sepanjang tahun 2025 digambarkan dalam tabel berikut:

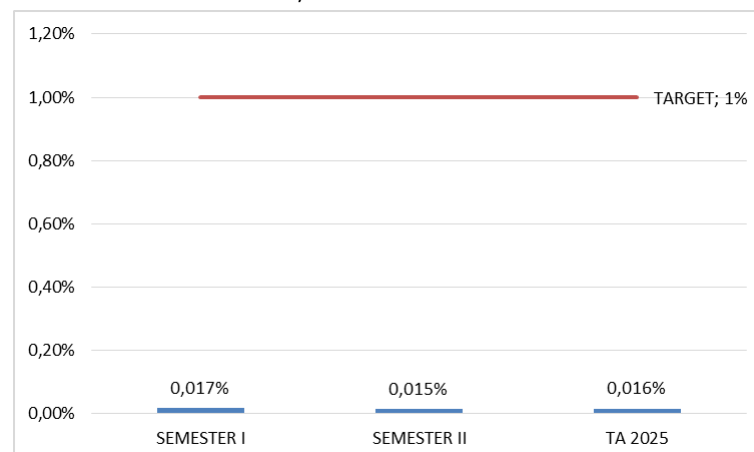
Tabel 15
 Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	B	c	d	e	f
Januari	2.360.000	11.345.281.524	1%	0,021%	2,08%
Februari	2.285.000	12.342.234.577	1%	0,019%	1,85%
Maret	1.665.000	11.063.824.081	1%	0,015%	1,50%
April	1.545.000	11.574.148.363	1%	0,013%	1,33%
Mei	2.070.000	11.920.162.771	1%	0,017%	1,74%
Juni	2.095.000	11.725.738.079	1%	0,018%	1,79%
Semester I	12.020.000	69.971.389.395	1%	0,017%	1,72%
Juli	2.485.500	13.639.186.865	1%	0,018%	1,82%
Agustus	875.000	12.515.466.040	1%	0,007%	0,70%
September	1.730.000	13.807.417.712	1%	0,013%	1,25%
Oktober	1.030.000	14.182.356.193	1%	0,007%	0,73%
November	3.170.000	14.444.898.937	1%	0,022%	2,19%
Desember	3.410.000	13.700.544.114	1%	0,025%	2,49%
Semester II	12.700.500	82.289.869.861	1%	0,015%	1,54%
TA 2025	24.720.500	152.261.259.257	1%	0,016%	1,62%

Tabel 16
 Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	0,016%	1,62%	Tidak mencapai target

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



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian persentase pendapatan yang diperoleh dari seluruh kegiatan penelitian pada tahun 2025 belum mencapai target yang ditetapkan, yaitu baru sebesar 0,016% dari target 1% terhadap total pendapatan operasional. Kondisi ini tercermin dari total pendapatan penelitian yang terealisasi sebesar Rp 24.720.500,- dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit sebesar Rp153.000.914.080,-.

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; indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2025 dengan Tim kerja baru, tarif penelitian yang masih rendah, dan masih rendahnya volume penelitian yang dilakukan oleh pihak eksternal dengan menjadikan RSOMH sebagai lokus penelitian, sehingga Indikator ini memerlukan usaha dan komitmen yang cukup besar untuk bisa mencapai target 1% pada tahun berikutnya.

Langkah-langkah yang sudah dilakukan adalah:

1. Sosialisasi sistem penelitian dengan menggunakan barcode dan digitalisasi (SIPEDE)
2. Melakukan promosi di website dan media social
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. Terbatasnya kerja sama penelitian dengan institusi eksternal, baik perguruan tinggi, lembaga riset, maupun industri farmasi dan alat kesehatan
2. Belum optimalnya promosi dan diseminasi peluang penelitian rumah sakit kepada institusi pendidikan dan mitra strategis

Langkah Strategis

1. Meningkatkan kerja sama penelitian dengan institusi pendidikan, universitas, dan industri, khususnya untuk penelitian terkontrak dan uji klinis yang berpotensi menghasilkan pendapatan
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 evaluasi terhadap tarif penelitian
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

$$(\sum (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (ExW))$$

Pengukuran Kinerja

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

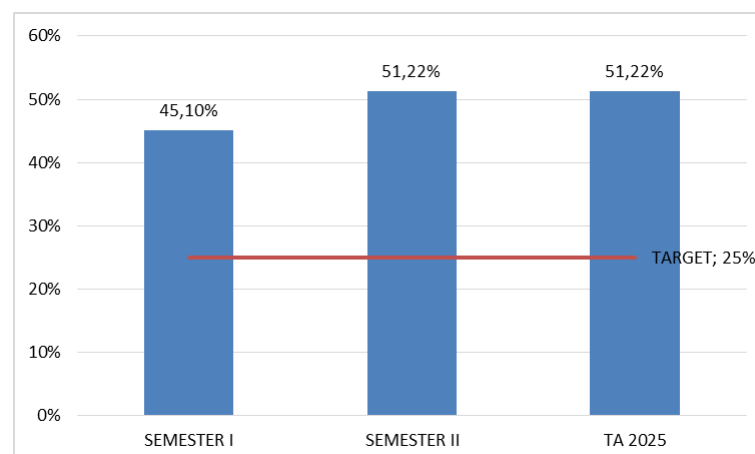
Tabel 17
 Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan
 Tahun 2025

Periode	A	B	C	D	E	Target	Realisasi (avg b-f)	% Capaian (h/g)
a	b	c	d	e	f	g	h	i
Januari	91%	100%	30%	0%	0%	25%	44,10%	176,42%
Februari	92%	100%	30%	0%	0%	25%	44,46%	177,84%
Maret	96%	100%	30%	0%	0%	25%	45,24%	180,98%
April	97%	100%	30%	0%	0%	25%	45,32%	181,27%
Mei	97%	100%	30%	0%	0%	25%	45,50%	182,00%
Juni	100%	100%	30%	0%	0%	25%	45,98%	183,93%
Juli	100%	100%	30%	25%	0%	25%	51,00%	204,00%
Agustus	100%	100%	30%	25%	0%	25%	51,00%	204,00%
September	100%	100%	30%	25%	0%	25%	51,00%	204,00%
Oktober	100%	100%	30%	25%	1,11%	25%	51,22%	204,89%
November	100%	100%	30%	25%	1,11%	25%	51,22%	204,89%
Desember	100%	100%	30%	25%	1,11%	25%	51,22%	204,89%
TA 2025						25%	51,22%	204,89%

Tabel 18
 Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
 Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	51,22%	204,89%	Tercapai melebihi target

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



Analisis Capaian Kinerja

Penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan belum optimal namun sudah melebihi target yang sudah ditetapkan pada tahun 2025. Adapun capaian untuk masing-masing komponen pengukuran keberhasilan implementasi IHS adalah sebagai berikut:

1. Persentase Integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) ke platform SATUSEHAT menunjukkan tren peningkatan pada tahun 2025 dan telah mencapai kondisi konsisten serta stabil dengan capaian sebesar 100%, yang mencerminkan optimalnya implementasi integrasi sistem informasi kesehatan di rumah sakit sesuai dengan kebijakan nasional.
2. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS telah tercapai 100% dimana seluruh pelanggan telah menggunakan pendaftaran online melalui website dan aplikasi My Hatta
3. Persentase integrasi sistem inventory belum dapat tercapai optimal:
 - Inventory gudang gizi sedang dalam proses implementasi oleh Instalasi gizi (untuk aplikasi sudah selesai), implementasi terkendala pada menu pengeluaran dengan data yang masih berkoma
 - Inventory gudang farmasi dalam pengembangan penambahan 3 modul
4. sistem inventory terintegrasi baru dengan satu aplikasi yaitu inventory barang umum, sedangkan pada aplikasi persediaan farmasi dari 16 modul yang ditargetkan pada tahun 2025 , terdapat 3 modul yang masih dalam tahap pengerjaan sedangkan aplikasi persediaan gizi masih dalam tahap pengembangan integrasi oleh tim SIRS
5. Persentase Human resource Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS belum tercapai optimal karena saat ini masih dalam proses integrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/ pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan "Back Office" dalam ERP System untuk Laporan SDM/HRD (Pebuatan aplikasi sudah 100%, beberapa modul belum digunakan oleh user karena penyelesaian modul selesai diakhir tahun)
6. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS capaiannya baru 1,11% karena masih dalam proses tahap pengembangan oleh tim SIRS. Capaian 1,11% ini berasal dari pengembangan modul persediaan (pemakaian dan transaksi)

Kendala yang dihadapi:

1. Dalam proses pengembangan aplikasi, masih terdapat kendala berupa keterbatasan waktu untuk melakukan diskusi dan koordinasi secara optimal dengan user terkait untuk kebutuhan aplikasi dan penyesuaian alur proses bisnis. Selain itu, sinkronisasi data antara aplikasi e-Kamek dengan aplikasi farmasi, baik dari e-Kamek ke aplikasi farmasi maupun sebaliknya, belum sepenuhnya berjalan optimal.
2. Implementasi sistem inventory Gudang Gizi masih mengalami kendala pada proses pengeluaran barang, di mana pencatatan dan hasil keluaran persediaan masih belum sepenuhnya akurat dan masih terdapat selisih, sehingga data persediaan belum tersaji secara optimal.
3. Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS, masih terdapat modul yang belum selesai yaitu aplikasi SDM, aplikasi Diklat dan aplikasi Penelitian.
Aplikasi e-Diklat telah dikembangkan dan sosialisasi penggunaannya telah dilaksanakan. Namun demikian, hingga saat ini aplikasi tersebut dalam proses uji coba

Langkah Strategis

1. Menjadwalkan rapat koordinasi dan diskusi teknis secara berkala antara tim pengembang aplikasi dan unit terkait guna persamaan persepsi terhadap kebutuhan aplikasi serta penyesuaian alur proses implementasi aplikasi
2. Membuat regulasi/ edaran untuk menggunakan/ memanfaatkan aplikasi

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.

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)

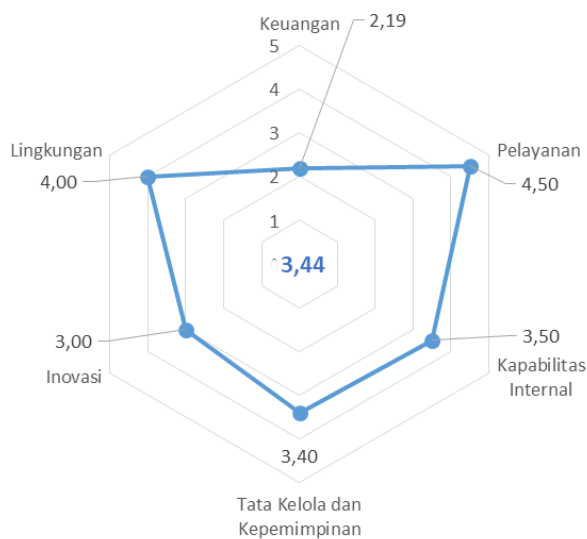
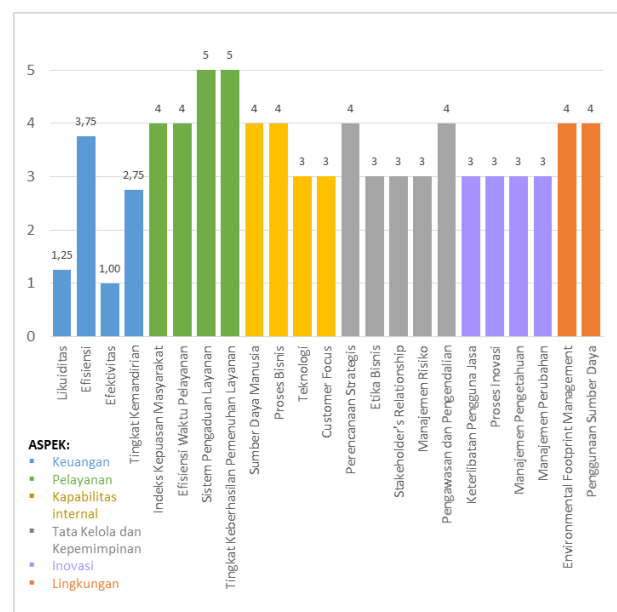


Diagram 10
Skor Maturity Rating per Indikator
Tahun Penilaian 2025 (untuk TA 2024)



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian *self-assessment* Maturity Rating RSOMH Bukittinggi tahun 2024 yang penilaiannya dilakukan pada semester I tahun 2025 memperoleh skor sementara sebesar 3,97. Selanjutnya, pada bulan Desember 2025 telah dilaksanakan penilaian tahap akhir oleh Direktorat PPK BLU Kementerian Keuangan yang ditetapkan melalui Keputusan Direktur PPK BLU Nomor KEP-27/PB.5/2025. Berdasarkan hasil penilaian tersebut, nilai akhir Maturity Rating RSOMH Bukittinggi adalah 3,34, sehingga tingkat maturitas berada pada Level 3 (Defined) dan telah mencapai target yang ditetapkan untuk tahun 2025.

Penilaian Maturity Rating tahun 2025 dilakukan berdasarkan kinerja tahun 2024, sesuai dengan ketentuan PMK Nomor 202/PMK.05/2022 dan PER-11/PB/2021. Penilaian dilaksanakan melalui pendekatan *self-assessment* dengan menggunakan metode Maturity Rating. Berdasarkan hasil verifikasi Direktorat PPK BLU, diperoleh skor Maturity Rating dengan skor tertinggi dan skor terendah berada pada aspek keuangan, serta skor rata-rata sebesar 3,44. Capaian ini menempatkan RSOMH Bukittinggi pada Level 3 (Defined), yang menunjukkan bahwa sebagai

organisasi BLU, RSOMH telah memiliki proses dan prosedur kerja yang terdokumentasi dan terstandar, serta telah diterapkan secara konsisten sebagai dasar pengelolaan organisasi.

Dari hasil penilaian tersebut menunjukkan terdapat indikator yang memerlukan perbaikan, khususnya pada aspek keuangan, yaitu indikator Likuiditas, Efektivitas, dan Tingkat Kemandirian, yang masing-masing masih memperoleh skor di bawah 3 dan aspek inovatif pada level 3. Selanjutnya indikator yang telah berada pada Level 3/>3 perlu terus dioptimalkan melalui penguatan pengukuran output, identifikasi peluang baru, serta pengelolaan isu dan risiko secara lebih sistematis guna mendukung tata kelola yang baik dan menjaga keberlanjutan kualitas layanan serta output yang diberikan kepada masyarakat, sebagai langkah menuju peningkatan maturitas ke Level 4 (Managed).

Kendala yang dihadapi:

1. Aspek keuangan:

- Peningkatan pendapatan belum sebanding dengan peningkatan beban (beban lebih besar daripada pendapatan)
- Produktivitas sumber daya (SDM, sarana prasarana, peralatan) belum optimal

2. Proses Inovasi:

- Budaya organisasi yang belum mendukung inovasi
- Belum adanya pengukuran kinerja inovasi
- Belum adanya Dashboard Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan yang mencakup proses inovasi yang sedang dikembangkan/dibangun maupun yang telah diimplementasikan

Langkah Strategis

1. Aspek keuangan:

- Mengembangkan kapasitas layanan melalui ICU fungsional dengan 12 tempat tidur, perencanaan penambahan kamar operasi, serta pengembangan layanan non-JKN
- Meningkatkan produktivitas sumber daya melalui peningkatan promosi lewat media sosial
- Melakukan efisiensi biaya yang tidak berdampak langsung terhadap pelayanan
- Menyusun perencanaan penerimaan dan penarikan kas secara optimal
- Percepatan proses pengadaan

2. Proses inovasi:

- Menyusun dan menetapkan kebijakan internal, pedoman, serta SOP pengelolaan inovasi yang mengatur tahapan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan replikasi inovasi sebagai bagian dari tata kelola BLU melakukan pemantauan dan pelaporan kinerja proses inovasi
- Penguatan pengukuran kinerja inovasi dengan menetapkan indikator output dan outcome inovasi, seperti peningkatan mutu layanan, efisiensi proses, kepuasan pengguna, dan dampak keuangan, sebagai dasar pengendalian dan pengambilan keputusan
- Merencanakan pembuatan dashboard pemantauan proses Inovasi layanan yang sedang dikembangkan

3. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

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:

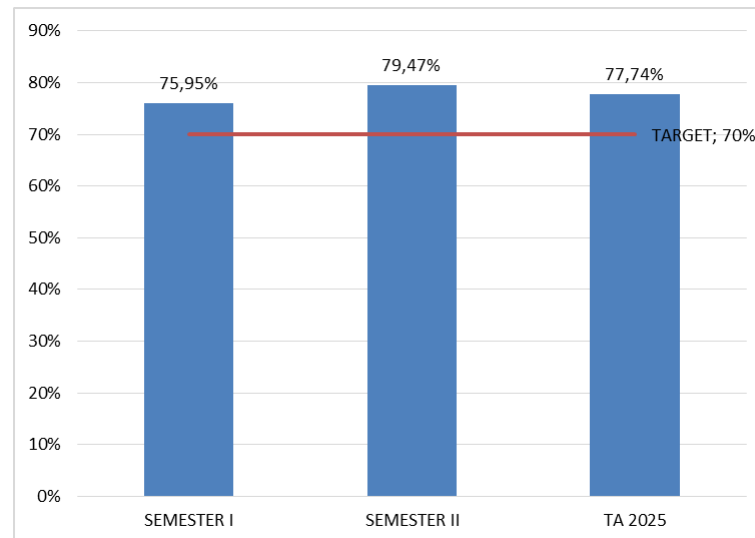
Tabel 21
 Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan
 Tahun 2025

Periode	Hari Rawatan	Jumlah Hari	Jumlah TT	Target	Realisasi (b/(cxd))	% Capaian (f/e)
a	b	c	d	e	f	g
Januari	3851	31	151	70%	82,3%	117,53%
Februari	3383	28	151	70%	80,0%	114,31%
Maret	3272	31	156	70%	67,7%	96,66%
April	3781	30	156	70%	80,8%	115,42%
Mei	3543	31	156	70%	73,3%	104,66%
Juni	3387	30	156	70%	72,4%	103,39%
Semester I	21.217	181	154	70%	76,6%	109,46%
Juli	3963	31	156	70%	81,9%	117,07%
Agustus	3788	31	156	70%	78,3%	111,90%
September	3644	30	156	70%	77,9%	111,23%
Oktober	4078	31	156	70%	84,3%	120,47%
November	3644	30	156	70%	77,9%	111,23%
Desember	3676	31	156	70%	76,4%	109,12%
Semester II	22.793	184	156	70%	79,5%	113,50%
TA 2025	44.010	365	155	70%	77,8%	111,08%

Tabel 22
 Realisasi BOR Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	77,8%	111,08%	Tercapai melebihi target

Diagram 11
Capaian Indikator BOR
Semester I, Semester II dan TA 2025



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi Kinerja pada indikator Bed Occupancy Rate (BOR) sebesar 77,8%, yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 70% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 111,06%. Capaian ini masuk kedalam rentang ideal nilai standar BOR Kementerian Kesehatan antara 60-85% yang merupakan titik keseimbangan antara utilisasi tempat tidur yang efisien dengan kualitas pelayanan yang optimal. Dari hasil perhitungan capaian kinerja per bulan terlihat terjadi penurunan BOR pada bulan Maret yaitu 67,66%, hal ini disebabkan karena bulan Maret merupakan bulan Ramadhan dan Lebaran sehingga banyak hari libur nasional yang berdampak terhadap kunjungan ke rumah sakit. Meskipun demikian, capaian BOR pada Semester I tetap melebihi target dan mengalami peningkatan pada Semester II. Namun untuk meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit perlu dilakukan optimalisasi pemakaian tempat tidur dengan BOR 80%.

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. Membuat perencanaan pemeliharaan gedung layanan secara optimal

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. 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:

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

Tabel 23
 Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	971	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	856	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	849	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	843	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	945	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	884	<1,0‰	0,00‰	100%

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Semester I	0	5.348	<1,0‰	0,00‰	100%
Juli	0	886	<1,0‰	0,00‰	100%
Agustus	0	958	<1,0‰	0,00‰	100%
September	0	854	<1,0‰	0,00‰	100%
Oktober	0	1.030	<1,0‰	0,00‰	100%
November	0	874	<1,0‰	0,00‰	100%
Desember	0	961	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester II	0	5.563	<1,0‰	0,00‰	100%
TA 2025	0	10.911	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilens CAUTI yang dikumpulkan dari seluruh unit rawat inap menunjukkan bahwa angka kejadian CAUTI pada tahun 2025 adalah dari 10.911 total hari pemasangan kateter 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 napas, 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
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	142	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	154	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	155	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	110	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	123	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	113	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester I	0	797	<1,0‰	0,00‰	100%
Juli	0	127	<1,0‰	0,00‰	100%
Agustus	0	149	<1,0‰	0,00‰	100%
September	0	135	<1,0‰	0,00‰	100%
Oktober	0	172	<1,0‰	0,00‰	100%
November	0	134	<1,0‰	0,00‰	100%
Desember	0	156	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester II	0	873	<1,0‰	0,00‰	100%
TA 2025	0	1.670	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilans VAP menunjukkan bahwa angka kejadian VAP pada tahun 2025 adalah dari 1.670 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:

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

Tabel 25
 Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	79	<1,0‰	0,00‰	100%
Februari	0	90	<1,0‰	0,00‰	100%
Maret	0	87	<1,0‰	0,00‰	100%
April	0	93	<1,0‰	0,00‰	100%
Mei	0	89	<1,0‰	0,00‰	100%
Juni	0	63	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester I	0	501	<1,0‰	0,00‰	100%
Juli	0	78	<1,0‰	0,00‰	100%
Agustus	0	108	<1,0‰	0,00‰	100%
September	0	80	<1,0‰	0,00‰	100%
Oktober	0	102	<1,0‰	0,00‰	100%
November	0	95	<1,0‰	0,00‰	100%
Desember	0	128	<1,0‰	0,00‰	100%
Semester II	0	591	<1,0‰	0,00‰	100%
TA 2025	0	1.092	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilans CLABSI menunjukkan bahwa angka kejadian CLABSI pada tahun 2025 adalah 100%, tercapai dengan sangat baik, dengan penjelasan dari 1.092 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
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	111	<1,0%	0,00%	100%
Februari	1	130	<1,0%	0,77%	100%
Maret	0	101	<1,0%	0,00%	100%
April	0	109	<1,0%	0,00%	100%
Mei	0	129	<1,0%	0,00%	100%
Juni	0	88	<1,0%	0,00%	100%
Semester I	1	668	<1,0%	0,15%	100%
Juli	0	129	<1,0%	0,00%	100%
Agustus	0	156	<1,0%	0,00%	100%
September	0	194	<1,0%	0,00%	100%
Oktober	0	195	<1,0%	0,00%	100%
November	0	174	<1,0%	0,00%	100%
Desember	1	189	<1,0%	0,53%	100%
Semester II	1	1.037	<1,0%	0,10%	100%
TA 2025	2	1.705	<1,0%	0,12%	100%

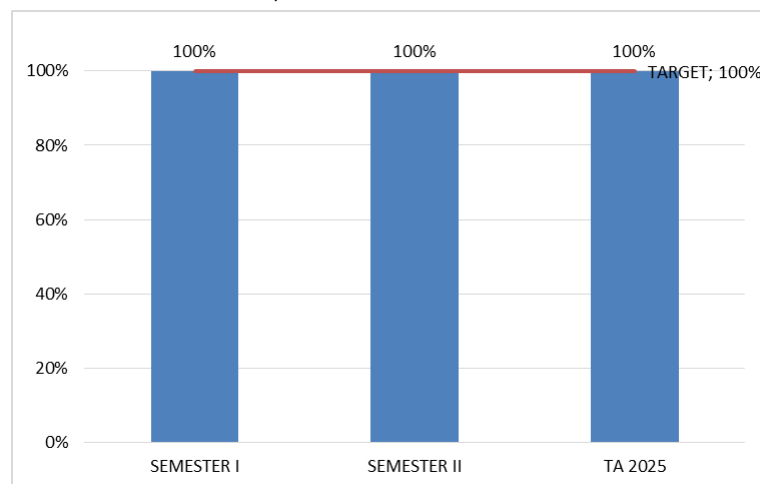
Dari hasil surveilans SSI (*Surgical Site Infection*) menunjukkan bahwa angka kejadian SSI pada tahun 2025 tercapai 100%, dengan penjelasan dari 1.705 total keseluruhan tindakan operasi terdapat 2 kejadian infeksi pada tindakan luka operasi sehingga realisasinya adalah 0,12%, sehingga dengan target <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
Realisasi HAIs Rates Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>			
CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)	< 1,0 ‰	0,00 ‰	100%
VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)	< 1,0 ‰	0,00 ‰	100%
CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>)	< 1,0 ‰	0,00 ‰	100%
SSI (<i>Surgical Site Infection</i>)	< 1,0 %	0,15%	100%

Diagram 12
Capaian Indikator HAIs Rates
Semester I, Semester II dan Tahun 2025



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 staff 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 Uronefropati), 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 4 (empat) klinis yang ditetapkan untuk layanan stroke klinis yaitu:

1. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras \leq 30 Menit
Definisi operasional: pasien stroke, pasien dengan defisit neurologis dilakukan pemeriksaan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit setelah masuk rumah sakit melalui Instalasi Gawat Darurat
Formula: $(\text{Jumlah pasien stroke hiperakut } (\leq 4,5 \text{ jam}) \text{ yang dilakukan CT scan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit} \div \text{Seluruh pasien stroke}) \times 100\%$
2. 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: $(\text{Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset } <4,5 \text{ jam yang mendapatkan terapi trombolisis} \div \text{Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset } <4,5 \text{ jam}) \times 100\%$
3. Pasien Stroke Iskemik Dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari
Definisi operasional: Porsi pasien Stroke Iskemik yang dirawat inap kurang dari 7 hari terhadap seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat inap
Formula: $(\text{Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS } <7 \text{ hari} \div \text{Seluruh pasien stroke iskemik}) \times 100\%$

4. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Definisi operasional: Pasien stroke iskemik yang pulang setelah fase akut teratasi dengan tanda-tanda vital stabil

Formulasi: $\frac{\text{Jumlah pasien stroke iskemik yang pulang rawat inap dengan status hidup}}{\text{Seluruh pasien stroke iskemik}} \times 100\%$

Formula

$$\frac{\text{Jumlah Indikator Tercapai}}{\text{Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS}} \times 100\%$$

Pengukuran Kinerja

Data pengukuran kinerja capaian standar klinis bersumber dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Medik dan Pelayanan Penunjang (Direktorat Medik dan Keperawatan). Masing-masing indikator klinis dihitung terlebih dahulu capaiannya untuk mendapatkan jumlah indikator yang tercapai, kemudian jumlah ini dibandingkan dengan jumlah keseluruhan indikator klinis yang diukur. Rincian perhitungan sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 28
 Data Perhitungan Standar Klinis per Bulan
 Tahun 2025

Periode	CT Scan		rTPA		SI LOS		SI Pulang Hidup		Jumlah Tercapai sesuai Target
	Target	Real	Target	Real	Target	Real	Target	Real	
Januari	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	94%	≥90%	95%	4
Februari	≥80%	83%	≥80%	100%	≥80%	93%	≥90%	94%	4
Maret	≥80%	75%	≥80%	100%	≥80%	92%	≥90%	94%	3
April	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	90%	≥90%	95%	4
Mei	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	92%	≥90%	94%	4
Juni	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	90%	≥90%	93%	4
Semester I	≥80%	90%	≥80%	100%	≥80%	92%	≥90%	94%	4
Juli	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	96%	≥90%	96%	4
Agustus	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	98%	≥90%	95%	4
September	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	92%	≥90%	95%	4
Oktober	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	96%	≥90%	95%	4
November	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	95%	≥90%	97%	4
Desember	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	93%	≥90%	96%	4
Semester I	≥80%	100%	≥80%	100%	≥80%	95%	≥90%	96%	4
TA 2025	≥80%	95%	≥80%	100%	≥80%	93%	≥90%	95%	4

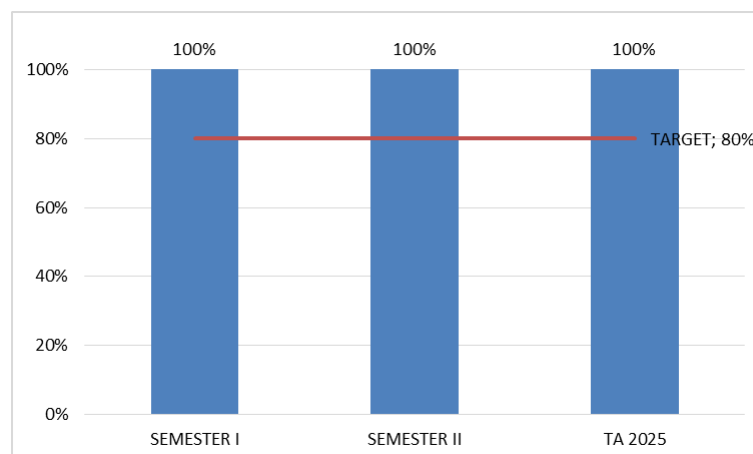
Tabel 29
Data Capaian % Standar Klinis Tercapai per Bulan
Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	4	4	80%	100%	125%
Februari	4	4	80%	100%	125%
Maret	3	4	80%	75%	93%
April	4	4	80%	100%	125%
Mei	4	4	80%	100%	125%
Juni	4	4	80%	100%	125%
Semester I	4	4	80%	100%	125%
Juli	4	4	80%	100%	125%
Agustus	4	4	80%	100%	125%
September	4	4	80%	100%	125%
Oktober	4	4	80%	100%	125%
November	4	4	80%	100%	125%
Desember	4	4	80%	100%	125%
Semester II	4	4	80%	100%	125%
TA 2025	4	4	80%	100%	125%

Tabel 30
Realisasi standar klinis yang tercapai Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%	Tercapai melebihi target

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



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Standar Klinis 'Stroke' tercapai baik 100%, yang berarti melebihi target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 80% sehingga realisasi dibandingkan dengan target sebesar 125%. Adapun rincian atas hasil capaian Persentase Standar Klinis 'stroke' yang tercapai yang terdiri atas hasil pengukuran terhadap 4 indikator klinis yaitu 1) Pasien Stroke Hiperakut (80%), Pasien Stroke Iskemik dengan Onset 80%), Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari (>80% dan Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup (>90%), dengan tercapainya indikator dari realisasi masing-masing sub indikator dapat diartikan bahwa rumah sakit mampu memberikan mutu layanan klinis yang baik dan konsisten dengan terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien stroke. Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU ini.

Langkah Strategis

Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU

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.

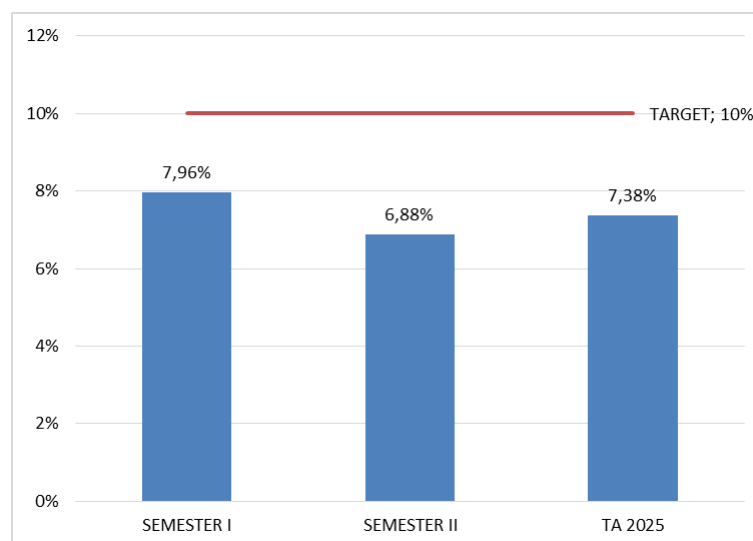
Tabel 31
 Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	1.013.060.542	11.345.281.524	10%	8,93%	89,29%
Februari	893.966.521	12.342.234.577	10%	7,24%	72,43%
Maret	1.016.379.872	11.063.824.081	10%	9,19%	91,87%
April	787.387.729	11.574.148.363	10%	6,80%	68,03%
Mei	837.357.969	11.920.162.771	10%	7,02%	70,25%
Juni	1.024.558.912	11.725.738.079	10%	8,74%	87,38%
Semester I	5.572.711.545	69.971.389.395	10%	7,96%	79,64%
Juli	1.006.431.064	13.639.186.865	10%	7,38%	73,79%
Agustus	860.937.459	12.515.466.040	10%	6,88%	68,79%
September	967.545.317	13.807.417.712	10%	7,01%	70,07%
Oktober	912.927.006	14.182.356.193	10%	6,44%	64,37%
November	988.811.478	14.444.898.937	10%	6,85%	68,45%
Desember	923.864.704	13.700.544.114	10%	6,74%	67,43%
Semester II	5.660.517.028	82.289.869.861	10%	6,88%	68,79%
TA 2025	11.233.228.573	152.261.259.257	10%	7,38%	73,78%

Tabel 32
 Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,38%	73,78%	Tidak mencapai target

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



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi capaian % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan di RSOMH tahun 2025 belum dapat mencapai target yaitu 7,38% dari target yang telah ditetapkan yaitu 10%. Dari total realisasi pendapatan operasional berdasarkan Laporan Operasional sebesar Rp 152.261.259.257,-, pendapatan non-JKN baru mencapai Rp 11.233.228.573,-. Pendapatan Non-JKN berasal dari pasien JKN yang naik kelas, pasien umum, pasien asuransi swasta, pasien perusahaan, dll. Belum tercapainya target pendapatan non-JKN menunjukkan bahwa kontribusi sumber pendapatan di luar JKN masih belum optimal. Kondisi ini dipengaruhi belum maksimalnya pemanfaatan aset dan sarana prasarana rumah sakit sebagai sumber pendapatan alternatif, serta masih dominannya porsi pasien JKN yang berkunjung ke RSOMH. Selain itu, pengembangan inovasi layanan berbayar dan kerja sama layanan dengan pihak eksternal belum memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan pendapatan non-JKN.

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 layanan non-JKN

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. Melakukan kerja sama dengan pihak mitra untuk pemanfaatan aset mitra dalam rangka mengembangkan layanan non-JKN
6. 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 II tahun 2025, dengan hasil sebagai berikut:

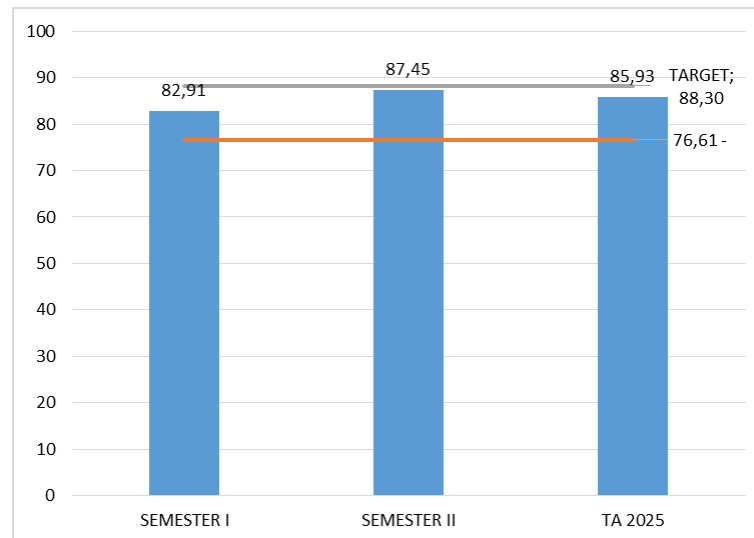
Tabel 33
 Data Perhitungan Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
 Tahun 2025

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	d
Maret (TW I)	≥ 76,61	-	-
Juni (TW II)	≥ 76,61	82,91	108,22%
Semester I	≥ 76,61	82,91	108,22%
September (TW III)	≥ 76,61	86,67	113,13%
Desember (TW IV)	≥ 76,61	88,22	115,15%
Semester II	≥ 76,61	87,45	114,14%
TA 2025	≥ 76,61	85,93	112,17%

Tabel 34
 Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)	85,93	112,17%	Tercapai sesuai target

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



Analisa Capaian Kinerja

Hasil survei kepuasan pegawai menunjukkan bahwa secara umum tingkat kepuasan pegawai di Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi berada dalam kategori Puas atau sebesar 85,93% sesuai dengan target untuk tahun 2025 adalah 76,61–88,3 atau Puas . Survei kepuasan pegawai, 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.

Survey kepuasan tidak diselenggarakan oleh pihak eksternal namun di lakukan secara internal oleh pihak Rumah Sakit, hal ini dikarenakan namun dengan adanya surat edaran efisiensi sesuai Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025 tentang efisiensi belanja, alokasi anggaran tersebut mengalami pemblokiran, 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 survey kepuasan pegawai secara eksternal sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017, yang mencakup 8 unsur apabila sudah dilakukan buka blokir anggaran.

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:

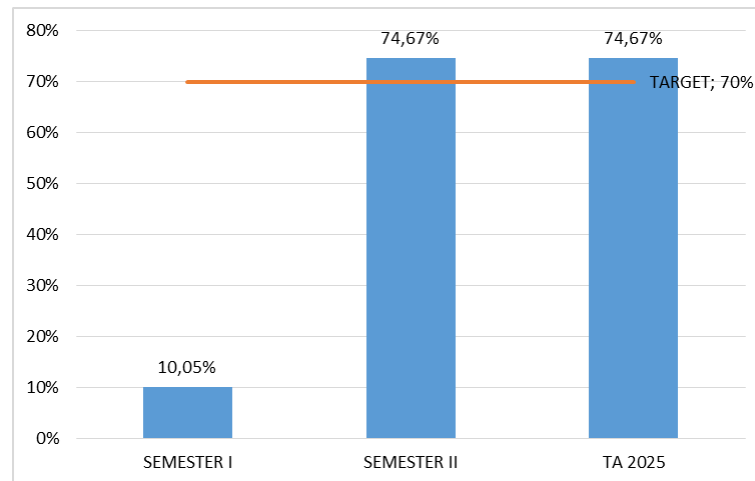
Tabel 35
 Data Perhitungan *Training Effectiveness Index* (TEI) per Bulan
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	0	378	70%	0,00%	0,00%
Februari	0	378	70%	0,00%	0,00%
Maret	0	378	70%	0,00%	0,00%
April	0	378	70%	0,00%	0,00%
Mei	17	379	70%	4,49%	6,41%
Juni	42	418	70%	10,05%	14,35%
Juli	56	418	70%	13,40%	19,14%
Agustus	73	418	70%	17,46%	24,95%
September	85	418	70%	20,33%	29,05%
Oktober	110	394	70%	27,92%	39,88%
November	137	377	70%	36,34%	51,91%
Desember	286	383	70%	74,67%	106,68%
TA 2025	286	383	70%	74,67%	106,68%

Tabel 36
 Realisasi Indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Training Effectiveness Index (TEI)	70%	74,67%	106,68%	Tercapai melebihi target

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



Realisasi *Training Effectiveness Index* (TEI) tahun 2025 dapat mencapai target, yaitu 74,67% dari target 70% yaitu dari 383 total tenaga kesehatan yang harus mendapatkan pembelajaran dengan 40 Jpl, sebanyak 286 tenaga kesehatan sudah mendapatkan pembelajaran dengan 40 Jpl. Target pada indikator ini merupakan target dalam 1 tahun, beberapa pelatihan yang telah difasilitasi Rumah sakit diantaranya adalah Pelayihan basic Cathlab, pelatihan perawat Broncoscopy, pelatihan BTCLS, pelatihan perawat Hemodialisa, pelatihan Cathlab lanjutan, pelatihan BNLS, pelatihan HCU dan Inhouse training yang diadakan di Diklat Rumah Sakit.

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. Keterbatasan waktu tenaga kesehatan untuk mengikuti pelatihan karena beban pelayanan yang tinggi.
2. Keterbatasan anggaran pelatihan pada awal-awal tahun pelaksanaan, dikarenakan adanya edaran efisiensi sehingga kegiatan pembelajaran tertunda terutama untuk pelatihan bersertifikat atau pelatihan eksternal.

Langkah Strategis

1. Menyusun jadwal 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. Mempercepat pelaksanaan pelatihan *in house training* sesuai perencanaan
3. Mengoptimalkan pemanfaatan pelatihan daring (e-learning) sebagai alternatif pemenuhan JPL secara berkelanjutan.
4. 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 Permenkes No. 26 Tahun 2022
- Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 Tahun 2022

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 37
 Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi
 Tahun 2025

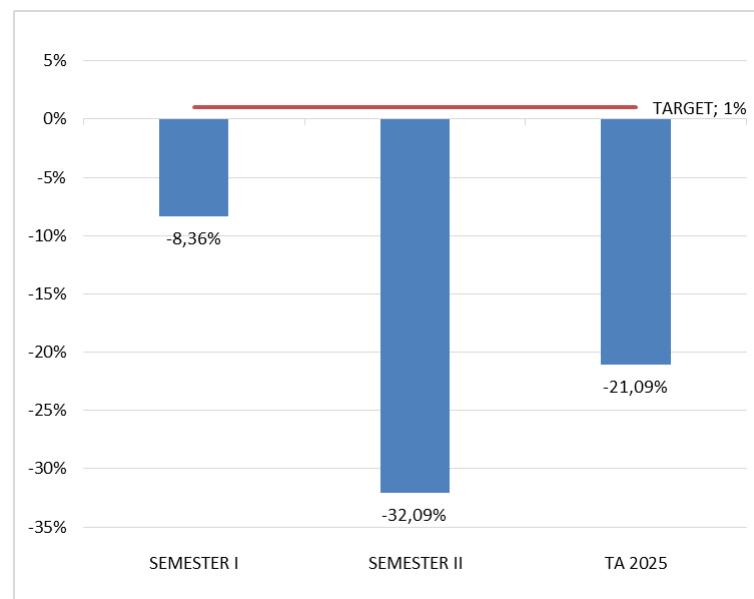
Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	242.227.667	9.977.424.583	1%	2,43%	242,78%
Februari	696.253.128	10.997.786.046	1%	6,33%	633,08%
Maret	1.439.989.583	9.850.515.624	1%	-14,62%	-1461,84%
April	329.283.816	10.210.932.976	1%	-3,22%	-322,48%
Mei	186.150.651	10.604.861.035	1%	-1,76%	-175,53%
Juni	4.140.830.789	10.065.636.517	1%	-41,14%	-4113,83%
Semester I	- 5.157.774.045	61.707.156.781	1%	-8,02%	-802,19%
Juli	- 1.596.308.716	11.868.417.580	1%	-13,45%	-1345,01%
Agustus	- 5.422.666.614	10.818.041.513	1%	-50,13%	-5012,61%
September	- 2.123.830.282	12.030.681.448	1%	-17,65%	-1765,34%
Oktober	- 1.966.546.492	12.237.706.266	1%	-16,07%	-1606,96%
November	- 3.010.984.529	12.556.908.072	1%	-23,98%	-2397,87%
Desember	- 8.809.201.752	11.934.109.841	1%	-73,82%	-7381,53%
Semester II	-22.929.538.385	71.445.864.720	1%	-32,09%	-3209,36%

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
TA 2025	-28.087.312.430	133.153.021.502	1%	-21,09%	-2109,40%

Tabel 38
 Realisasi EBITDA Margin Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-21,09%	-2109,40%	Tidak mencapai target

Diagram 17
 Capaian Indikator EBITDA Margin Semester I, Semester II dan Tahun 2025



Analisis Capaian Kinerja

Capaian EBITDA margin RSOMH Bukittinggi pada Tahun 2025 menunjukkan nilai negatif sebesar -21,09%, masih jauh dari target yang telah ditetapkan yaitu 1% untuk rumah sakit vertikal Cluster 3. Kondisi ini menggambarkan bahwa kinerja operasional rumah sakit belum mampu menghasilkan surplus operasional sebelum depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin dipengaruhi oleh besaran EBITDA serta pendapatan operasional netto rumah sakit. Kondisi ini menggambarkan bahwa beban operasional RSOMH masih lebih tinggi dibandingkan pendapatan operasional netto yang dihasilkan. Hal ini dipengaruhi oleh biaya operasional seperti belanja pegawai, belanja barang dan jasa medis pemeliharaan sarana prasarana relatif tinggi seiring dengan pengembangan layanan yang dilakukan dan tuntutan pemenuhan standar layanan rumah sakit rujukan serta kontribusi pendapatan non-JKN yang belum signifikan

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian EBITDA Margin antara lain:

1. Tingginya biaya operasional tetap, terutama belanja SDM

2. Pendapatan non-JKN yang belum optimal, baik dari layanan unggulan, inovasi layanan, maupun kerja sama dengan pihak eksternal
3. Klaim JKN yang belum sepenuhnya lancar, sehingga mempengaruhi arus kas dan kinerja operasional

Langkah Strategis

1. Melakukan evaluasi dan penataan kebutuhan SDM berbasis beban kerja (Analisis Beban Kerja/ABK) untuk memastikan jumlah dan komposisi pegawai sesuai dengan kebutuhan layanan
2. Meningkatkan produktivitas SDM melalui pengaturan jadwal kerja yang lebih efisien, pemanfaatan teknologi, dan penyederhanaan proses kerja
3. Meningkatkan volume layanan bedah dengan menambah SDM bedah, renovasi kamar OK dan penambahan kapasitas tempat tidur ICU sebanyak 12 tempat tidur
4. Merubah status rumah sakit menjadi rumah sakit umum dengan layanan unggulan dengan meningkatkan kompetensi layanan secara bertahap (2026-2029) dari:
 - a. Dasar ke madya untuk uronefro, neonates, neoplasma, ibu dan ginekologi, musculoskeletal dan jaringan lunak, THT
 - b. Madya ke utama untuk Jantung dan pembuluh darah, Saraf/ neuroscience, rehabilitasi dengan melengkapi sarpras, alat Kesehatan dan SDM sub spesialis/ fellow melalui perjanjian Kerjasama
5. Meningkatkan volume layanan non JKN seperti peningkatan layanan MCU/ SCU
6. Melakukan revisi tarif
7. Perbaiki proses penyelesaian berkas klaim di internal dengan rencana waktu pengajuan klaim dimajukan menjadi tanggal 4 setiap bulan. Selain itu direncanakan untuk melakukan verifikasi klaim menggunakan aplikasi berbasis AI.
8. Meluaskan promosi layanan secara digital dan on the spot
9. Membuka unit usaha café sehat

b. Indikator Kinerja Direktif

1) Nilai Kinerja Penganggaran

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

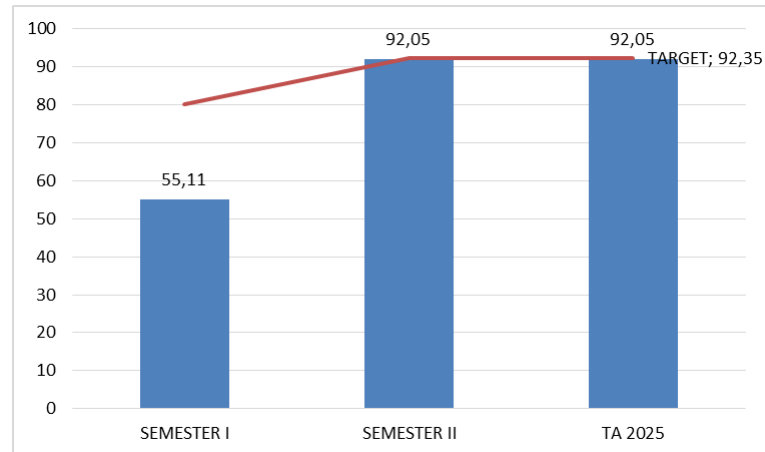
Tabel 39
 Data Nilai Kinerja Penganggaran RSOMH Bukittinggi
 Tahun 2025

Periode	Target	Realisasi	% Capaian (c/b)
a	b	c	D
Januari	80,10	100	124,84%
Februari	80,10	100	124,84%
Maret	80,10	100	124,84%
April	80,10	54,62	68,19%
Mei	80,10	54,38	67,89%
Juni	80,10	55,11	68,80%
Juli	80,10	61,02	76,18%
Agustus	80,10	61,83	77,19%
September	80,10	58,87	73,50%
Oktober	80,10	59,74	74,58%
November	80,10	66,04	82,45%
Desember	92,35	92,05	99,68%
TA 2025	92,35	92,05	99,68%

Tabel 40
 Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Nilai Kinerja Penganggaran	92,35	92,05	99,68%	Tidak mencapai target

Diagram 18
Capaian Indikator Nilai Kinerja Penganggaran
Semester I, Semester II dan Tahun 2025



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi nilai kinerja penganggaran pada Tahun 2025 belum mencapai target yang telah ditetapkan. Capaian realisasi kinerja penganggaran tercatat sebesar 92,05, masih sedikit di bawah target yang ditetapkan yaitu 92,35. Kondisi ini menunjukkan bahwa pelaksanaan anggaran belum sepenuhnya optimal meskipun secara umum telah mendekati target. Belum tercapainya target nilai kinerja penganggaran disebabkan oleh belum optimalnya penyerapan anggaran pada beberapa kegiatan serta adanya penyesuaian dan perubahan perencanaan anggaran dalam tahun berjalan. Selain itu, keterlambatan pelaksanaan beberapa kegiatan, seperti kegiatan pemeliharaan gedung (perbaikan ruang tunggu rajal, perbaikan WC untuk pasien rajal dll), pengadaan Alkes dengan sumber dana Rupiah Murni, pengadaan belanja modal alat pengolah data (fortigate) dan belanja Farmasi (obat dan BMHP). Meskipun selisih capaian relatif kecil, kondisi ini menunjukkan perlunya penguatan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian anggaran agar kinerja penganggaran dapat mencapai target yang ditetapkan.

Kendala yang dihadapi:

1. Perubahan dan penyesuaian rencana kegiatan dalam tahun berjalan yang berdampak pada penundaan realisasi anggaran
2. Adanya kebijakan Inpres Nomor 1 tahun 2025
3. Koordinasi pelaksanaan kegiatan yang belum optimal antar unit kerja

Langkah Strategis

1. Melakukan monitoring dan evaluasi RDPD halaman III DIPA sesuai dengan pencairan anggaran setiap bulan
2. Memperkuat perencanaan anggaran yang lebih realistis dan terukur, disertai penjadwalan kegiatan yang jelas sejak awal tahun
3. Menjaga akurasi dan konsistensi realisasi anggaran dengan RPD halaman III DIPA dengan batas toleransi tidak lebih dari 5%
4. Meningkatkan koordinasi dan monitoring pelaksanaan anggaran secara berkala antar unit kerja

5. Melakukan evaluasi rutin terhadap realisasi anggaran per triwulan, sebagai dasar pengambilan keputusan percepatan atau penyesuaian kegiatan

2) 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.

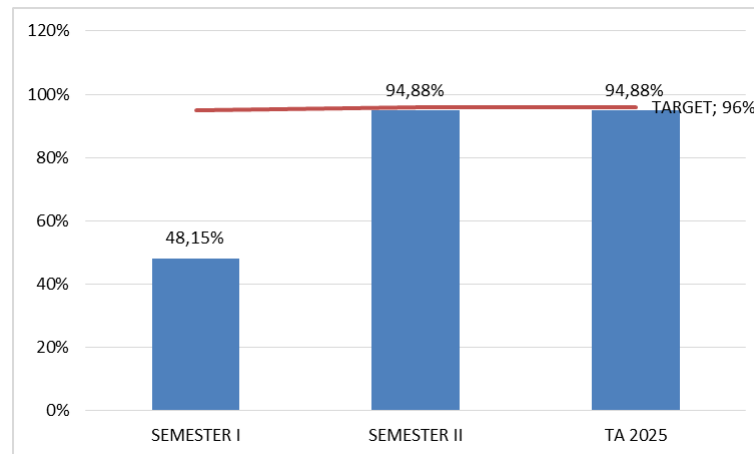
Tabel 41
 Data Realisasi Anggaran RSOMH Bukittinggi
 Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	b	c	d	e	f
Januari	7.227.385.301	143.935.024.000	95%	5,02%	5,29%
Februari	17.227.906.028	143.935.024.000	95%	11,97%	12,60%
Maret	30.827.681.252	143.935.024.000	95%	21,42%	22,55%
April	40.538.810.046	143.935.024.000	95%	28,16%	29,65%
Mei	58.329.422.792	143.935.024.000	95%	40,52%	42,66%
Juni	69.300.358.030	143.935.024.000	95%	48,15%	50,68%
Juli	77.312.020.929	144.801.240.000	95%	53,39%	56,20%
Agustus	103.167.889.926	144.801.240.000	95%	71,25%	75,00%
September	110.469.552.704	144.801.240.000	95%	76,29%	80,31%
Oktober	135.234.992.459	172.223.259.000	95%	78,52%	82,66%
November	153.196.184.937	210.912.953.000	95%	72,63%	76,46%
Desember	200.115.037.043	210.912.953.000	96%	94,88%	98,83%
TA 2025	200.115.037.043	210.912.953.000	96%	94,88%	98,83%

Tabel 42
 Realisasi Anggaran Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN	KETERANGAN
Realisasi Anggaran	96%	94,88%	98,83%	Belum mencapai target

Diagram 19
Capaian Indikator Realisasi Anggaran
Semester I, Semester II dan Tahun 2025



Analisis Capaian Kinerja

Realisasi anggaran pada tahun berjalan mencapai 94,88%, masih belum memenuhi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 96%. Hal ini disebabkan oleh perhitungan realisasi anggaran berdasarkan pagu total, bukan pagu efektif yang dapat dibelanjakan. Meskipun capaian di bawah target, tapi secara total terdapat efisiensi belanja terutama yang terkait dengan belanja operasional dan sebagian besar belanja modal.

Kendala yang dihadapi antara lain:

1. Kebijakan perhitungan capaian realisasi anggaran yang ditetapkan oleh Ditjen Keslan dihitung dari pagu total
2. Penyusunan perencanaan kebutuhan belanja farmasi yang belum optimal di antaranya disebabkan oleh tidak optimalnya monitoring dan evaluasi standar formularium rumah sakit

Langkah Strategis

1. Melakukan monitoring dan evaluasi penyusunan perencanaan dan monitoring pelaksanaan anggaran rumah sakit.

Analisis Risiko terhadap Pencapaian Kinerja

Pencapaian kinerja organisasi pada tahun 2025 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 tidak tercapai, seperti EBITDA Margin, % 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 1% 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) Peningkatan Efisiensi Keuangan RS

Risiko yang dihadapi adalah beban pegawai yang melebihi pendapatana operasional. Hal ini berdampak pada penurunan EBITDA dan efisiensi keuangan rumah sakit. Mitigasi dilakukan dengan melaksanakan Time Motion Study (TMS), melakukan asesmen ulang terkait kompetensi, mengevaluasi penetapan target kinerja individu, dan memberikan konsekuensi dengan mengurangi IKI. Masih diperlukan langkah yang lebih sistematis untuk menjaga keseimbangan biaya dan pendapatan

4) 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

5) 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 2025, RSOMH telah menerapkan langkah-langkah efisiensi dan telah dituangkan dalam kebijakan Direktur Utama, melalauai 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 adalah:

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 untukantisipasi 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 di operasionalkan 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)
 - Untuk pengembangan layanan dimanfaatkan tenaga administrasi yang beban kerjanya belum optimal (diperbantukan)

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 Pengampuan 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 pengampuan stroke berdasarkan
- Meningkatkan kompetensi SDM pada lokus yang diampu
- Melaksanakan program pengampuan
- Melakukan monev program pengampuan

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
 - Lakukan 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

Sebagai bagian dari upaya peningkatan akuntabilitas, RSOMH Bukittinggi melaksanakan sejumlah inovasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan menunjang keberhasilan kinerja, antara lain:

1) SiPEDE (Sistem Penelitian dan Digital Etik Penelitian)



Inovasi ini berupa sistem terstruktur untuk pengajuan, penilaian, dan persetujuan penelitian yang dilakukan di lingkungan rumah sakit melalui proses administratif penelitian dengan sistem berbasis digital. Tujuannya untuk memudahkan proses pengajuan penelitian, menerapkan pengelolaan dan monitoring evaluasi yang lebih efisien dan efektif, sekaligus menghemat pemakaian kertas. Inovasi ini juga meningkatkan branding RSOMH dalam penelitian sebagai tempat penelitian yang cepat, cermat, inovatif dan menyenangkan

2) Program Halo Sanak (Program Menyapa Pasien Pasca Perawatan)



Program ini merupakan komunikasi lanjutan kepada pasien pasca perawatan, khususnya pasien stroke, bertujuan untuk memantau kondisi pasien, meningkatkan kepatuhan berobat, memberikan edukasi kesehatan, menyediakan dukungan psikososial, serta mengelola umpan balik sebagai dasar evaluasi pelayanan rumah sakit. Tujuan pelaksanaan program ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan, me-monitoring kepuasan pelanggan, dan mendapatkan umpan balik dari pasien untuk peningkatan layanan.

3) Pemasangan Infus Menggunakan Teknik Hipnoterapi Induksi Dave Elman Modifikasi Sederhana



Pemasangan infus dengan modifikasi Teknik Induksi Dave Elman mempertahankan relaksasi mata, tubuh, pendalaman, dan sugesti nyaman. Bahasa dibuat lebih sederhana dan ramah, durasi dipersingkat, sehingga dapat dilakukan di ruangan pelayanan tanpa mengganggu alur kerja. Dengan memakai metode ini, pasien mendapatkan manfaat dengan berkurangnya nyeri dan kecemasan serta memberi kenyamanan.

Tenaga kesehatan juga lebih mudah dalam pemasangan infus, mengurangi risiko kegagalan, dan efisiensi waktu. Rumah sakit juga dapat mengefisiensi biaya, meningkatkan mutu pelayanan, dan memberi citra pelayanan yang humanis.

Secara keseluruhan, inovasi yang dikembangkan telah dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan capaian kinerja, baik dari sisi efisiensi maupun peningkatan kualitas pelayanan.

B. Realisasi Anggaran

1. Realisasi Pendapatan

Tabel 43

Target dan Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi
Tahun 2024 – 2025

URAIAN	TA 2025			TA 2024 (Audited)		
	ANGGARAN	REALISASI	%	ANGGARAN	REALISASI	%
Pendapatan BLU	143.000.000.000	156.048.518.956	109	120.000.000.000	119.849.034.470	100
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya		135.193.812			161.786.773	
JUMLAH PENDAPATAN	143.000.000.000	156.183.712.768	109	120.000.000.000	120.010.821.243	100

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2025 adalah sebesar Rp156.183.712.768,- atau mencapai 109 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp143.000.000.000,-. Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi terdiri dari:

- a. Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit sebesar Rp 154.753.962.453,-
- b. Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha Rp 35.893.014,-
- c. Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah sebesar Rp 58.642.100,-
- d. Pendapatan jasa layanan perbankan BLU sebesar Rp 752.410.705,-
- e. Pendapatan Lain-lain BLU sebesar Rp 402.610.684,-
- f. Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung dan bangunan sebesar Rp 45.000.000,-
- g. Pendapatan dari penjualan peralatan dan mesin sebesar Rp 134.289.000,-
- h. Penerimaan kembali persekot/uang muka gaji sebesar Rp 904.812,-.

Tabel 44

Perbandingan Realisasi Pendapatan BLU
Tahun 2024 – 2025

No.	Uraian	Realisasi TA 2025	Realisasi TA 2024	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
1.	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	154.753.962.453	117.921.897.279	36.832.065.174	31%
2.	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	35.893.014	49.170.000	(13.276.986)	-27%
3.	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam satu Kementerian Negara/Lembaga	58.642.100	18.930.000	39.712.100	210%
4.	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	752.410.705	1.225.043.541	(472.632.836)	-39%
5.	Pendapatan Lain-lain BLU	402.610.684	416.993.650	(14.382.966)	-3%
6.	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung	45.000.000	217.000.000	(172.000.000)	-79%
	Jumlah	156.048.518.956	119.849.034.470	36.199.484.486	30%

Realisasi penerimaan BLU Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp156.048.518.956,- atau mencapai 109,1% dari jumlah yang di anggarkan dalam DIPA realisasi pendapatan BLU TA 2025 yaitu sebesar Rp143.000.000.000,-. Terdapat kenaikan pendapatan BLU Tahun Anggaran 2025 dibandingkan TA 2024 sebesar Rp36.199.484.486,- atau sebesar 30%.

2. Realisasi Belanja

Realisasi Belanja netto Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp200.103.249.948,- atau 95% dari anggaran belanja sebesar Rp210.912.953.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja Tahun Anggaran 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 45
Rincian Estimasi dan Realisasi Belanja
Tahun Anggaran 2025

Jenis Belanja	Tahun 2025			
	Anggaran	Realisasi	Sisa	%
Belanja Pegawai	41.318.015.000	40.495.789.074	822.225.926	98
Belanja Barang	149.370.614.000	140.665.139.573	8.705.474.427	94
Belanja Modal	20.224.324.00	18.942.321.301	1.282.002.699	94
Total	210.912.953.000	200.103.249.948	10.809.703.052	95

Dibandingkan dengan realisasi TA 2024, Realisasi Belanja Tahun Anggaran 2025 terdapat kenaikan sebesar Rp19.902.040.379,- atau sebesar 11%. Adapun rinciannya sebagai berikut:

- a. Belanja pegawai terdapat kenaikan sebesar Rp1.636.247.608,- atau sebesar 4%
- b. Belanja Barang terdapat kenaikan sebesar Rp23.229.634.435,- atau sebesar 20%
- c. Belanja Modal terdapat penurunan sebesar Rp4.963.841.664,- atau sebesar 21%

Tabel 46
Perbandingan Realisasi Belanja Netto
Tahun Anggaran 2024 – 2025

Uraian	Realisasi TA 2025	Realisasi TA 2024	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
Belanja Pegawai	40.495.789.074	38.859.541.466	1.636.247.608	4%
Belanja Barang	140.665.139.573	117.435.505.138	23.229.634.435	20%
Belanja Modal	18.942.321.301	23.906.162.965	(4.963.841.664)	-21%
Jumlah	200.103.249.948	180.201.209.569	19.902.040.379	11%

3. Neraca Barang Milik Negara

Tabel 47
 Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN)
 (berdasarkan Laporan BMN Tahun 2025)

NO	AKUN NERACA	Saldo Awal	Mutasi	Saldo Akhir
I	POSISI BMN DI NERACA	291.861.750.818	(4.356.020.400)	287.505.730.418
A.	ASET LANCAR	6.904.476.831	(882.386.063)	6.022.090.768
	1. Persediaan	6.904.476.831	(882.386.063)	6.022.090.768
B.	ASET TETAP	284.621.375.014	(3.333.580.729)	281.287.794.285
	1. Tanah	133.343.572.000	-	133.343.572.000
	2. Peralatan dan Mesin	231.264.132.153	15.741.300.057	247.005.432.210
	3. Gedung dan Bangunan	117.470.324.317	486.782.830	117.957.107.147
	4. Jalan, Irigasi dan Jaringan	3.133.354.372	-	3.133.354.372
	5. Aset Tetap Lainnya	620.611.334	-	620.611.334
	6. Konstruksi dalam Pengerjaan	1.301.606.101	(39.055.464)	1.262.550.637
	7. <i>Akum. Penyusutan Tetap</i>	(202.512.225.263)	(19.522.608.152)	(222.034.833.415)
C.	ASET LAINNYA	335.898.973	(140.053.608)	195.845.365
	1. Kemitraan dengan pihak ke tiga	-	-	-
	2. Aset tak berujud	2.691.230.000	(319.140.000)	2.372.090.000
	3. ATB Yang dihentikan dari Penggunaan Ops Pemerintah		221.395.000	221.395.000
	4. Akumulasi Amortisasi	(2.403.287.361)	(91.757.639)	(2.495.045.000)
	5. Aset Lain-lain	14.531.683.801	(9.129.555.977)	5.402.127.824
	6. <i>Akumulasi Penyusutan Aset Lainnya</i>	(14.483.727.467)	9.179.005.008	(5.304.722.459)
II	BMN NON NERACA	26.427.538	(7.156.783)	19.270.755
A	EKSTAKOMPTABEL	394.837.086	-	394.837.086
	1. BMN Ekstrakomptabel	394.837.086	-	394.837.086
	2. <i>Akum. Penyusutan Aset Lainnya</i>	(368.409.548)	(7.156.783)	(375.566.331)
B	BPYBDS			
C	BARANG HILANG			
D	BARANG RUSAK BERAT			
	TOTAL (I + II)	291.888.178.356	(4.363.177.183)	287.525.001.173

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 Tahun 2025 masih diperlukan upaya-upaya lebih lanjut untuk mencapai sasaran strategis dan indikator kinerja RSOMH Bukittinggi. Dari 12 (dua belas) Indikator Kinerja Utama pada 10 Sasaran Strategis dan 2 (dua) Indikator Direktif Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi yang diperjanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2025, 9 (sembilan) indikator kinerja pencapaiannya mencapai target sementara 5 (lima) indikator lainnya, terdiri dari 3 (tiga) Indikator Kinerja Utama dan 2 (dua) Indikator Kinerja Direktif belum mencapai target dan perlu upaya perbaikan untuk dapat mencapai hasil yang lebih baik pada periode berikutnya.

Indikator yang sudah mencapai target adalah sebagai berikut:

1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
2. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
3. Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
4. Skor BLU Maturity
5. *Bed Occupancy Rate* (BOR)
6. *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*
 - CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*)
 - VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*)
 - CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*)
 - SSI (*Surgical Site Infection*)Peningkatan promosi dan *marketing* layanan
7. Persentase standar klinis yang tercapai
8. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
9. Training Effectiveness Index (TEI)

Sedangkan Indikator yang belum mencapai target adalah:

1. Ebitda Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
3. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
4. Nilai Kinerja Penganggaran
5. Persentase Realisasi Anggaran

Untuk meningkatkan akuntabilitas kinerja, diperlukan langkah-langkah tindak lanjut untuk memperbaiki capaian kinerja, mengoptimalkan sumber daya, serta memberikan layanan yang lebih berkualitas dan berdaya saing. Upaya perbaikan meliputi:

1. Melakukan evaluasi dan penataan kebutuhan SDM berbasis beban kerja (Analisis Beban Kerja/ABK) untuk memastikan jumlah dan komposisi pegawai sesuai dengan kebutuhan layanan
2. Meningkatkan produktivitas SDM melalui pengaturan jadwal kerja yang lebih efisien, pemanfaatan teknologi, dan penyederhanaan proses kerja
3. Meningkatkan volume layanan bedah dengan menambah SDM bedah, renovasi kamar OK dan penambahan kapasitas tempat tidur ICU sebanyak 12 tempat tidur
4. Merubah status rumah sakit menjadi rumah sakit umum dengan layanan unggulan dengan meningkatkan kompetensi layanan secara bertahap (2026-2029) dari:
 - a. Dasar ke madya untuk uronefro, neonates, neoplasma, ibu dan ginekologi, musculoskeletal dan jaringan lunak, THT
 - b. Madya ke utama untuk Jantung dan pembuluh darah, Saraf/ neuroscience, rehabilitasi dengan melengkapi sarpras, alat Kesehatan dan SDM sub spesialis/ fellow melalui perjanjian Kerjasama
5. Meningkatkan volume layanan non JKN seperti peningkatan layanan MCU/ SCU
6. Melakukan revisi tarif
7. Perbaiki proses penyelesaian berkas klaim di internal dengan rencana waktu pengajuan klaim dimajukan menjadi tanggal 4 setiap bulan. Selain itu direncanakan untuk melakukan verifikasi klaim menggunakan aplikasi berbasis AI.
8. Meluaskan promosi layanan secara digital dan on the spot
9. Membuka unit usaha café sehat
10. Penguatan kerja sama serta menguatkan jejaring dan kemitraan strategis sebagai upaya mendukung pengembangan layanan rumah sakit
11. Melakukan pengendalian biaya dan optimalisasi produktivitas SDM
12. Meningkatkan pendapatan penelitian melalui promosi dan sosialisasi ke institusi pendidikan mengenai kesempatan penelitian di RSOMH Bukittinggi, serta evaluasi tarif penelitian
13. Memperkuat perencanaan anggaran yang realistis, terukur dan konsisten, serta terkoordinasi antar unit kerja
14. Mendorong pengembangan inovasi layanan melalui peran aktif unit pelayanan dalam mengusulkan dan mengimplementasikan inovasi layanan
15. Melakukan monitoring dan evaluasi capaian kinerja secara berkala

Diharapkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi ini dapat digunakan sebagai alat komunikasi pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi di masa yang akan datang serta menjadi sumber informasi penting dalam pengambilan kebijakan yang berguna dalam upaya perbaikan dan kemajuan kinerja Rumah Sakit. 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/>