



## LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

### SEMESTER I TA 2025

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

## LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA SEMESTER I TAHUN 2025

RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M. HATTA BUKITTINGGI

DIREKSI

Bukittinggi, Juli 2025

Plt. Direktur Utama RS Otak M Hatta,



**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

Direktur Perencanaan, Keuangan  
dan Layanan Operasional,



**Hilda Roza, SE, Ak, M. Si**

NIP 197908172006042002

Plt. Direktur SDM, Pendidikan  
dan Penelitian,



**Zaineti, SKM,MM**

NIP 196608231986022001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP/LKJIP) Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 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 Semester I 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 periode Semester I 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, Juli 2025  
Plt. Direktur Utama RS Otak M Hatta,



**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 dan melakukan reviu terhadap kinerja tahun periode 2020-2024. 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 12 (dua belas) 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 kinerja Semester I Tahun 2025, belum semua indikator dapat mencapai target yang ditetapkan. Dari 14 (empat belas) Indikator kinerja Utama (IKU), sebanyak 7 (tujuh) indikator sudah tercapai bahkan ada yang melebihi target dan 7 (tujuh) indikator kinerja yang belum mencapai target, yaitu EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto), % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target, % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, *Training Effectiveness Index* (TEI), Nilai Kinerja Penganggaran, dan 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 dan SCU
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 Semester I TA 2025 adalah sebesar Rp61.883.863.624,- atau mencapai 43.3% dari jumlah yang di anggarkan dalam DIPA realisasi pendapatan BLU TA 2024 yaitu sebesar Rp143.000.000.000,-. Terdapat kenaikan pendapatan BLU Semester I TA 2025 dibandingkan TA 2024 sebesar Rp32.646.850.724,- atau sebesar 37%. Realisasi Belanja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Semester 1 Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp. 69.288.943.699,- atau 48% dari anggaran belanja sebesar Rp 143.935.024.000,-.

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

Pada tahun 2025, sampai dengan Juni 2025, penghargaan dan/atau sertifikasi yang didapat oleh RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi antara lain: Penghargaan Pemanfaatan Antrian Online Mobile JKN Fasilitas Kesehatan Rujukan Lanjutan Terbaik dan Penghargaan Rumah Sakit dengan Peningkatan Pendapatan Lebih dari 20% *Year-on-year* dari Kementerian Kesehatan.

## DAFTAR ISI

<b>LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>RINGKASAN EKSEKUTIF.....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>Bab I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan.....	2
C. Gambaran Umum Organisasi .....	3
1. Tugas Pokok dan Fungsi.....	3
2. Struktur Organisasi .....	3
3. Isu strategis .....	5
D. Sistematika Penulisan .....	6
<b>Bab II PERENCANAAN KINERJA.....</b>	<b>7</b>
A. Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029 .....	7
1. Tujuan .....	7
2. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja utama.....	8
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025 .....	10
<b>Bab III AKUNTABILITAS KINERJA.....</b>	<b>12</b>
A. Capaian Kinerja Organisasi .....	12
1. Pengukuran Kinerja Semester I Tahun 2025 (Perbandingan antara Target dan Realisasi Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2025).....	12
2. Perbandingan antara Realisasi dan Capaian Kinerja Semester I tahun 2025 dengan tahun-tahun sebelumnya .....	14
3. Perbandingan antara Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah sesuai Dokumen Rencana Strategis .....	17
4. Perbandingan Realisasi Kinerja di Level Nasional (Benchmarking Kinerja).....	18
5. Analisis Penyebab Keberhasilan/ Kegagalan atau Peningkatan/ Penurunan serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan .....	18
6. Analisis atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya .....	44
B. Realisasi Anggaran .....	45
1. Realisasi Pendapatan .....	45
2. Realisasi Belanja .....	47
3. Neraca Barang Milik Negara .....	48
<b>BAB IV PENUTUP.....</b>	<b>49</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1	Data Pegawai berdasarkan Direktorat Per Juni Tahun 2025 .....	4
Tabel 2	Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan Per Juni Tahun 2025 .....	5
Tabel 3	Sasaran Kegiatan dan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi.....	8
Tabel 4	Matrik Perencanaan Target Kinerja Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 – 2029 .....	9
Tabel 5	Perjanjian Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs.M Hatta Bukittinggi Tahun 2025 .....	10
Tabel 6	Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Utama (berdasarkan RSB) Semester I Tahun 2025 .....	13
Tabel 7	Target dan Realisasi Perjanjian Kinerja untuk Indikator Kinerja Direktif Semester I Tahun 2025 .....	14
Tabel 8	Perbandingan Capaian Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2021, 2022, 2023, 2024, & Semester 1 Tahun 2025 .....	15
Tabel 9	Perbandingan Realisasi Kinerja Semester I Tahun 2025 dengan Target Perjanjian Kinerja RSOMH Bukittinggi Tahun 2025 – 2029 .....	17
Tabel 10	Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	19
Tabel 11	Realisasi CSAT Semester I Tahun 2025 .....	19
Tabel 12	Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Semester I Tahun 2025 .....	21
Tabel 13	Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan .....	22
Tabel 14	Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2025 .....	22
Tabel 15	Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	24
Tabel 16	Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I Tahun 2025 .....	24
Tabel 17	Rincian Skor Self Assessment Maturity Rating TA 2024 .....	26
Tabel 18	Realisasi Skor BLU Maturity Rating Semester I Tahun 2025 .....	27
Tabel 19	Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	28
Tabel 20	Realisasi BOR Semester I Tahun 2025 .....	28
Tabel 21	Realisasi HAIs Rate Rating Semester I Tahun 2025 .....	30
Tabel 22	Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	30
Tabel 23	Data Perhitungan Capaian VAP per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	31
Tabel 24	Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	32
Tabel 25	Data Perhitungan Capaian SSI per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	33
Tabel 26	Data Perhitungan Standar Klinis per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	35
Tabel 27	Data Capaian % Standar Klinis Tercapai per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	36
Tabel 28	Realisasi standar klinis yang tercapai Semester I Tahun 2025 .....	36
Tabel 29	Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	37
Tabel 30	Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2025 .....	37
Tabel 31	Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2025 .....	38
Tabel 32	Realisasi TEI Semester I Tahun 2025 .....	39
Tabel 33	Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	40
Tabel 34	Realisasi EBITDA Margin Semester I Tahun 2025 .....	41
Tabel 35	Data Nilai Kinerja Penganggaran RSOMH Bukittinggi Bulan Januari – Juni Tahun 2025 .....	42
Tabel 36	Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Semester I Tahun 2025 .....	42
Tabel 37	Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2025 .....	43
Tabel 38	Target dan Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2024 – 2025 .....	45
Tabel 39	Perbandingan Realisasi Pendapatan BLU Semester I Tahun 2024 – 2025 .....	46
Tabel 40	Data Pagu dan Realisasi Belanja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2024 – 2025 .....	47
Tabel 41	Perbandingan Realisasi Belanja Semester I Tahun 2024 – 2025 .....	47
Tabel 42	Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN) (berdasarkan Laporan BMN Semester I Tahun 2025) .....	48

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Rumah sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi yang selanjutnya disebut RSOMH 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. Di Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi yang selanjutnya disebut RSOMH penyusunan LAKIP dilakukan 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. Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
4. Inpres 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. Permenpan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
8. Permenpan RB No. 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 76 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi
10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan

Mekanisme penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I 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 draft Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2025 – 2029 terkait dengan Indikator Perjanjian Kinerja
3. Pengukuran Indikator Perjanjian Kinerja diterapkan di masing-masing unit kerja atau instalasi sebagai penanggung jawab merupakan bagian penting dalam mengubah budaya layanan rumah sakit, dimana sudah dilakukan cascading perjanjian kinerja dan kontrak kinerja antara staf dengan atasan langsung

## B. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan pembuatan Laporan Akuntabilitas Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi Semester I Tahun 2025 adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja Semester I 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 Semester I 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

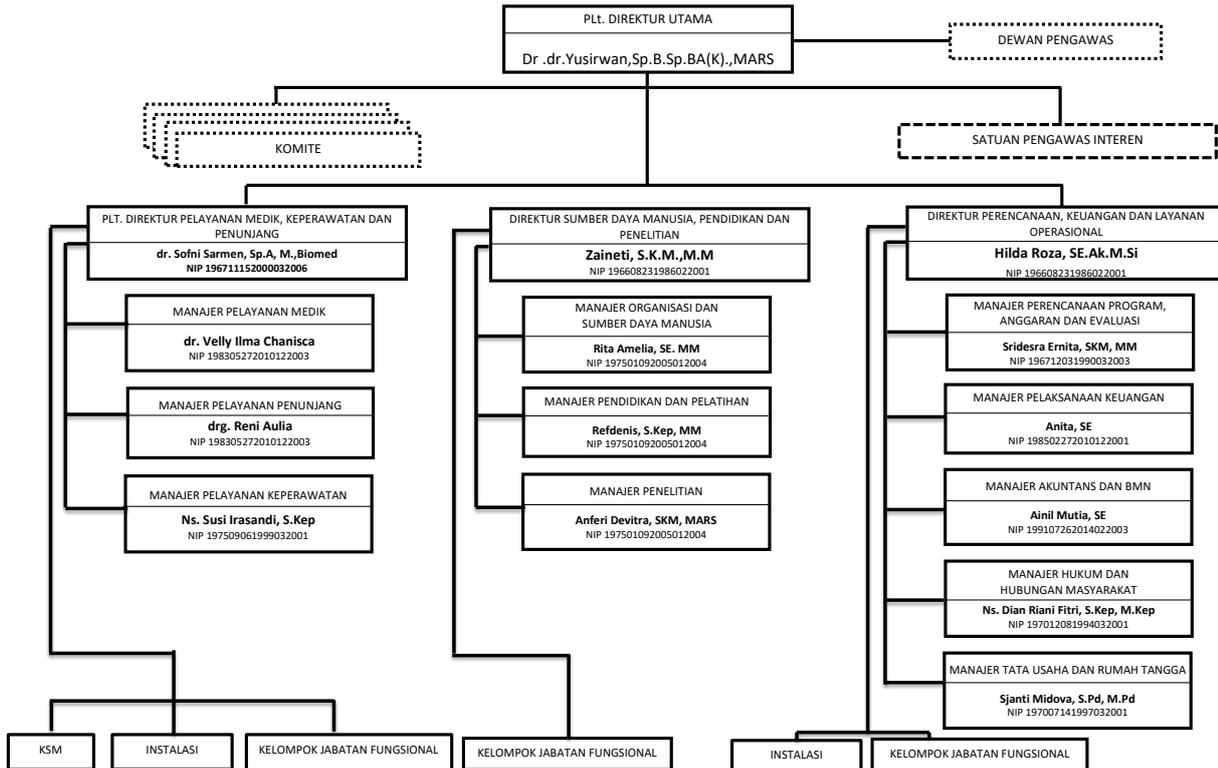
Layanan Unggulan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi, antara lain:

- 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:

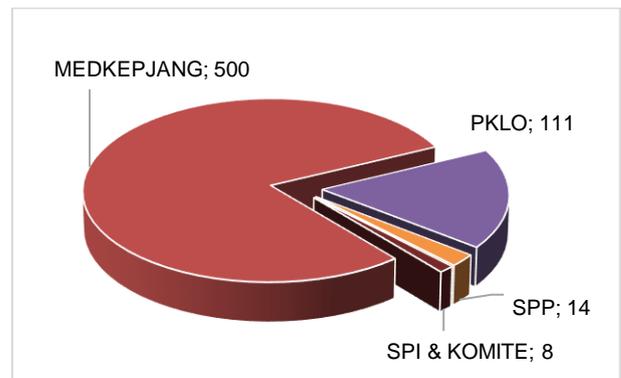
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT OTAK DR. Drs. M.HATTA BUKITTINGGI



Sumber daya manusia di RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi berjumlah 633 orang, terbagi pada 3 (tiga) Direktorat, yaitu 500 orang pada Direktorat Medik dan Keperawatan, 111 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 Juni Tahun 2025

NO	DIREKTORAT	JUMLAH	%
1	Medik dan Keperawatan	500	78,99%
2	Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional	111	17,54%
3	Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian	14	2,21%
4	Satuan Pengawas Internal (SPI) dan Komite	8	1,26%
	<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>100%</b>

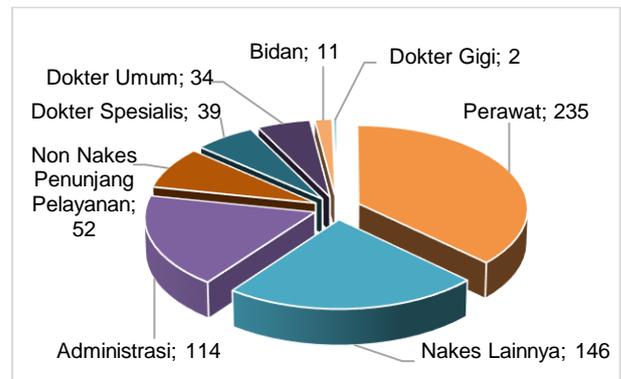


Sumber : Data Tim Kerja OSDM

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

Tabel 2  
Data Pegawai berdasarkan Jenis Jabatan  
Per Juni Tahun 2025

NO	GOLONGAN	JUMLAH	%
1	Dokter Umum	34	5,37%
2	Dokter Spesialis	39	6,16%
3	Dokter Gigi	2	0,32%
4	Perawat	235	37,12%
5	Bidan	11	1,74%
6	Nakes Lainnya	146	23,06%
7	Non Nakes Penunjang	52	8,21%
8	Administrasi	114	18,01%
	<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>100%</b>

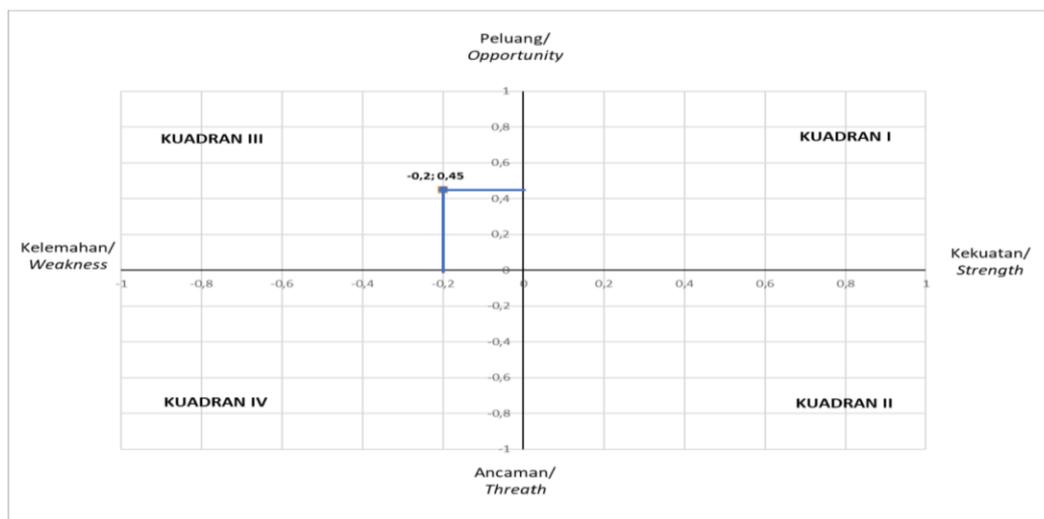


Sumber : Data Tim Kerja OSDM

### 3. Isu strategis

Isu strategis yang menjadi perhatian dalam perencanaan kinerja RSMH adalah evaluasi kinerja kurun waktu 2025-2029, dengan memperhatikan kondisi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman sebagaimana tergambar dalam Analisa SWOT yang terdapat pada Lampiran Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029 (draft).

Hubungan antara kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman tergambar pada Diagram Cartesius berikut:



Sesuai analisa SWOT, RS Otak M. Hatta berada pada kuadran III. Hal ini menunjukkan bahwa banyak peluang bagi RS Otak M. Hatta dalam pencapaian visi dan misinya di tengah kelemahan yang

masih harus diatasi. Menyiasati hal tersebut RS Otak M. Hatta harus merubah strategi dalam pencapaian visi dan misi dengan mengurangi kelemahan yang dimiliki, seperti:

- a. Mengusulkan penambahan SDM organik untuk layanan sub spesialisik dalam rangka pemenuhan persyaratan kompetensi layanan otak dan saraf paripurna ke Kementerian Kesehatan, termasuk melakukan perikatan dengan dokter mitra melalui kerjasama serta meningkatkan kapasitas kompetensi SDM medis yang ada melalui fellowship dan/ atau pendidikan sub spesialisik.
- b. Melakukan penataan ulang SDM berbasis ABK, kompetensi, penilaian kinerja dan assesment ulang. Selain itu dilakukan transformasi budaya kerja di lingkungan RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi.
- c. Menerapkan pembayaran remunerasi berbasis kinerja dengan prinsip remunerasi berkeadilan.

## D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs M Hatta Bukittinggi Semester I 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 Semester 1 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 (draft)                                |
| 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 | : Kertas Kerja Perhitungan Indikator Perjanjian Kinerja Semester I Tahun 2025 |

## BAB II PERENCANAAN KINERJA

### A. Rencana Strategis Bisnis 2025 – 2029

#### 1. Tujuan

RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi merupakan rumah sakit dengan kekhususan layanan otak dan saraf yang selalu meningkat produktivitas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Oleh karena itu, dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2025-2029 tercantum visi dan misi serta sasaran strategis yang ingin dicapai selama periode 2025-2029 dan menjadi acuan dalam penyusunan rencana setiap tahun. Pada tahun 2025 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSOMH bukittinggi periode 2025 – 2029 merupakan tahun pertama pelaksanaan RSB periode 2025 – 2029 dengan Visi dan Misi Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi sebagai Rumah sakit khusus Otak dan saraf dalam rangka mencapai tujuan memiliki visi dan

Dengan motto RS Otak M. Hatta Bukittinggi “Melayani Dengan Sepenuh Hati” dan budaya kerja “Bekerja cerdas, cermat dan ikhlas”, untuk mencapai motto tersebut maka dibuatlah nilai-nilai yang harus dimiliki oleh semua karyawan RS Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi yaitu:

**VISI** “Rumah Sakit Bertaraf Level Asia yang Memiliki Pelayanan Otak dan Saraf Unggulan dengan Pertumbuhan Berkelanjutan”

**MISI**

1. Memperbaiki fasilitas pendukung dan waktu tunggu pelayanan untuk meningkatkan kepuasan
2. Meningkatkan produktivitas kerja dengan melakukan perbaikan sistem remunerasi, pelatihan dan pengembangan karir yang berkeadilan
3. Standarisasi pelayanan dengan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway, serta peningkatan riset medis
4. Memperbaiki sistem, proses dan manajemen operasional rumah sakit secara efektif dan efisien melalui digitalisasi pelayanan
5. Memperkuat kolaborasi dengan pengampu nasional dalam memperoleh sumber daya dan pengetahuan tambahan
6. Mengalokasikan sumber daya yang memadai untuk mendukung pengembangan medis riset rumah sakit

Rencana Strategis Bisnis RSOMH 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

Keberhasilan sasaran strategis akan diukur dengan indikator kinerja/ Key Performance Indicator (KPI) Direktur Utama dengan target yang telah ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Tata Kelola Kesehatan Lanjutan melalui Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 Nomor PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 5 Februari 2025.

## 2. Sasaran Strategis 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 akan 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.	Meningkatkan efisiensi biaya	1. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
2.	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	2. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
3.	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	3. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
4.	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	4. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	5. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	6. Skor BLU Maturity Rating
7.	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	7. Bed Occupancy Rate/ BOR
8.	Memberikan pelayanan berkualitas	8. <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> )
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	9. % standar klinis yang tercapai
10.	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	10. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
11.	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	11. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
12.	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	12. Training Effectiveness Index (TEI)

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  
 Matrik Perencanaan Target Kinerja  
 Rumah Sakit Otak M. Hatta Bukittinggi Tahun 2025 – 2029

NO.	INDIKATOR KINERJA	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
1.	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	1%	2%	2%	3%
2.	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)
3.	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
4.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	1%	1%	1%	1%
5.	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	50%	75%	90%	100%
6.	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
7.	Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	70%	70%	70%	70%
8.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- 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%
9.	% standar klinis yang tercapai	80%	80%	80%	80%	80%
10.	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	10%	10%	10%	10%
11.	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)
12.	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%

## B. Perjanjian Kinerja Tahun 2025

Perjanjian Kinerja merupakan dokumen pernyataan kinerja atau dokumen kesepakatan kinerja yang disusun setiap tahun yang tertuang dalam Rencana Strategi Bisnis 2025 – 2029. Perjanjian kinerja memuat sasaran, indikator target, serta anggaran yang di perlukan 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 Pelayanan Kesehatan.

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 adanya penambahan indikator kinerja direktif, maka total *Key Performance Indicator* (KPI) yang dilakukan pengukuran menjadi 14 (empat belas) indikator, dengan rincian sebagai berikut:

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

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatkan efisiensi biaya	1. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%
2.	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	2. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)
3.	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	3. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%
4.	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	4. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	5. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	6. Skor BLU Maturity Rating	Level 3
7.	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	7. Bed Occupancy Rate/ BOR	70%
8.	Memberikan pelayanan berkualitas	8. <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 ‰
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	9. % standar klinis yang tercapai	80%

<b>NO.</b>	<b>SASARAN KEGIATAN</b>	<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>
10.	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	10. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%
11.	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	11. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)
12.	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	12. Training Effectiveness Index (TEI)	70%
13.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	13. Nilai Kinerja Penganggaran	80,1
		14. Realisasi Anggaran	95%

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2025 merupakan tahun pertama dari pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2025 – 2029. RSB RSOMH 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 di fasilitasi melalui penetapan anggaran dan rencana kegiatan sesuai dengan RBA dan RKAKL

Penilaian kinerja dilakukan secara periodik tiap bulan dengan pelaporan dilakukan setiap 1 semester. penilaian kinerja tersebut dilakukan dengan melihat hasil capaian kinerja dibanding dengan target yang telah dikontrak kinerjanya antara Direktur Utama rumah sakit Otak M. Hatta Bukittinggi sehingga berdasarkan penilaian kinerja akan dihasilkan informasi masing masing hasil kinerja kemudian dilakukan analisa keberhasilan maupun kegagalannya, sehingga dapat dijadikan ukuran untuk menetapkan langkah tindak lanjut perencanaan program dan kegiatan pada semester II untuk mencapai target tahun 2025 yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja yang langsung dan lebih realistis didasarkan pada pencapaian indikator kinerja kegiatan dan kinerja yang lebih ke arah “output”.

#### 1. Pengukuran Kinerja Semester I 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 Pelayanan Kesehatan, pengukuran kinerja tahun 2025 dilakukan sesuai Rencana Strategi Bisnis dan Indikator Kinerja Direktif.

Berdasarkan perhitungan realisasi kinerja Semester I tahun 2025, dari 12 (dua belas) Indikator Kinerja Utama (IKU) pada RSB, terdapat 5 (lima) indikator yang tidak tercapai yaitu: (1) EBITDA Margin, (2) % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target, (3) % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, (4) % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, dan (5) Training Effectiveness Index (TEI). Sementara itu, untuk indikator direktif, semua indikatornya belum tercapai yaitu: Nilai Kinerja Penganggaran dan Realisasi Anggaran.

Secara keseluruhan, sampai dengan Semester I Tahun 2025, terdapat 7 (tujuh) indikator yang tidak mencapai target dari 14 (empat belas) indikator yang diperjanjikan, sebagai berikut:

- a. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
- b. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
- c. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
- d. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
- e. Training Effectiveness Index (TEI)
- f. Nilai Kinerja Penganggaran
- g. Realisasi Anggaran

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

NO.	SASARAN KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
1.	Meningkatkan efisiensi biaya	1. EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-8,02%	-802,19%
2.	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	2. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61-88,3)	91,49	119,43%
3.	Mendukung pengampunan penyakit prioritas untuk rumah sakit lain	3. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%	0,00%	0,00%
4.	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	4. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	0,019%	1,95%
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	5. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	45,10%	180,40%
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	6. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3 (3,97)*	100%
7.	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	7. Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	75,91%	108,44%
8.	Memberikan pelayanan berkualitas	8. <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 ‰	0,00 ‰ 0,00 ‰ 0,00 ‰ 0,15%	100% 100% 100% 100%
9.	Memberikan layanan klinis dengan mutu yang baik dan konsisten	9. % standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%
10.	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	10. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,96%	79,64%
11.	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	11. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61-88,3)	82,91	108,22%
12.	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	12. Training Effectiveness Index (TEI)	70%	10,05%	14,35%

\*) Skor berdasarkan *Self Assessment*

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

<b>NO.</b>	<b>SASARAN KEGIATAN</b>	<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>	<b>% CAPAIAN</b>
1.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	1. Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	77,35	96,57%
		2. Realisasi Anggaran	95%	48,15%	50,68%

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

Perbandingan antara realisasi dengan capaian kinerja tahun Semester I 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, 2022, 2023, 2024, & Semester 1 Tahun 2025

NO.	INDIKATOR KINERJA	2021		2022		2023		2024		Semester I 2025	
		TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL	TARGET	REAL
1.	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)							10%	-20,73%	1%	-8,02%
2.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)		87,04		83,51		91,49		92,59	Baik (76,61-88,3)	91,49
3.	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target									50%	0,00%
4.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian									1%	0,019%
5.	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan									25%	45,10%
6.	Skor BLU Maturity Rating				Level 2		Level 3		Level 3	Level 3	Level 3*
7.	Bed Occupancy Rate/ BOR		53,4%		58,75%		81,38%		87,41%	70%	75,91%
8.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>										
	- CAUTI									< 1,0‰	0,00 ‰
	- VAP									< 1,0‰	0,00 ‰
	- CLABSI									< 1,0‰	0,00 ‰
	- SSI									< 1,0 %	0,15%
9.	% standar klinis yang tercapai									80%	100%
10.	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS									10%	7,96%
11.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai									Puas (76,61-88,3)	82,91
12.	Training Effectiveness Index (TEI)									70%	10,05%
13.	Nilai Kinerja Penganggaran									80,10	77,35
14.	Realisasi Anggaran									95%	48,15%

\*) Skor berdasarkan *Self Assessment*

Berdasarkan Tabel 6 di atas, indikator yang dapat dibandingkan antara lain:

- a. EBITDA Margin; pada tahun 2024 capaian EBITDA margin negatif yaitu -20,73% dari target 10% dan pada semester I 2025 dengan target yang ditetapkan 1% tercapai negatif yaitu -8,02%. Dengan pencapaian tersebut, butuh upaya dan strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan capaian EBITDA Margin pada Semester II Tahun 2025.
- b. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan); indikator ini dilakukan penilaian dari tahun 2021 dimana survey kepuasan dilakukan secara internal dengan melibatkan Timker Hukmas. Tahun 2021 yaitu awal pelaksanaan pengukuran Survei Kepuasan Pelanggan capaiannya adalah 87,04%, tercapai dengan baik. Pada tahun 2022 terjadi penurunan dibanding pada tahun 2021 yaitu 83,1%, meskipun masih dalam gambaran baik, sedangkan pada tahun 2023 dan 2024 hasil survei kepuasan sangat baik yaitu di atas 90%. Pada semester I tahun 2025 capaian survei kepuasan pelanggan masih diatas 90% yaitu 91,49%. Capaian kepuasan pelanggan sudah mengalami peningkatan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, namun perlu strategi baru untuk meningkatkan capaian.
- c. Skor BLU Maturity Rating; indikator Maturity Rating sudah dilakukan pengukuran sejak tahun 2022 dengan hasil level 2, sedangkan pada tahun selanjutnya tahun 2023 dan tahun 2024 sudah naik di level 3 sedangkan pada semester I tahun 2025 berdasarkan hasil *self- assessment* nilai Maturity Rating masih di level 3. Berdasarkan capaian ini, diperlukan upaya peningkatan indikator-indikator pada Maturity Rating yang masih berada di bawah Level 3, seperti: indikator pada Aspek Keuangan, Etika Bisnis, dan Proses Inovasi.
- d. *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%, dan pada tahun 2023 nilai BOR 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 Semester I Tahun 2025, BOR mengalami penurunan, yaitu 75,91%, walaupun masih di atas target 70%.

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

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

NO.	INDIKATOR KINERJA	REALISASI	TARGET				
		2025	2025	2026	2027	2028	2029
1.	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	-8,02%	1%	1%	2%	2%	3%
2.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	91,49	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)
3.	% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	0,00%	50%	57,5%	65%	72,5%	80%
4.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0,019%	1%	1%	1%	1%	1%
5.	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	45,10%	25%	50%	75%	90%	100%
6.	Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
7.	Bed Occupancy Rate/ BOR	75,91%	70%	70%	70%	70%	70%
8.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	0,00 ‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- CAUTI	0,00 ‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- VAP	0,00 ‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰	<1,0‰
	- CLABSI	0,15%	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%	<1,0%
	- SSI						
9.	% standar klinis yang tercapai	100%	80%	80%	80%	80%	80%
10.	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	7,96%	10%	10%	10%	10%	10%
11.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	82,91	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)
12.	Training Effectiveness Index (TEI)	10,05%	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%

#### 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 EBITDA Margin. Perbandingan kinerja akan dilakukan pada Triwulan III, dengan membandingkan kinerja semester I.

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

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

##### 1) Sasaran Strategis 1: Terwujudnya layanan terbaik level Asia

###### **IKU: CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)**

CSAT (*Customer Satisfaction Survey*) atau Survey Kepuasan Masyarakat (SKM) adalah survei kepuasan pasien dan keluarga. Sebagai Penyelenggara pelayanan publik rumah sakit wajib melakukan Survei Kepuasan Masyarakat secara berkala untuk mengetahui kualitas pelayanan publik secara berkelanjutan.

###### **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

Berikut Uraian target dan realisasi IKU CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) dan hasil penghitungan kinerja survey kepuasan pelanggan semester I (Januari-Juni) tahun 2025:

Tabel 10  
 Data Perhitungan Capaian CSAT per Bulan  
 Januari – Juni 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	91,40	119,31%
Semester I	≥ 76,61	91,49	119,43%

Tabel 11  
 Realisasi CSAT Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76,61–88,3)	91,49	119,43%

Berdasarkan tabel diatas capaian skor kepuasan (CSAT) pada semester I tahun 2025, tercapai dengan baik melebihi target. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pelanggan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit. Namun demikian tetap masih ada hal yang harus dilakukan tindak lanjut oleh manajemen rumah sakit untuk menanggapi keluhan/masukan dan mempertahankan kepuasan pelanggan. Survei kepuasan dilakukan secara internal oleh Timker Hukmas sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Survei kepuasan masyarakat dilakukan kepada pasien dan keluarga langsung ke responden pada pasien di rawat jalan, rawat inap dan IGD. Capaian indikator CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) semester I ( Januari – Juni 2025, tercapai sangat baik dengan Nilai Interval Konversi (NIK) yaitu 91,49 melebihi target yang ditetapkan dalam RSB untuk tahun 2025 yaitu 76,61 – 88,30 (baik). Survei dilakukan kepada pasien dan keluarga pasien di ruang rawat inap, rawat jalan dan IGD.

**Analisis rata-rata unsur SKM semester I Tahun 2025**

Nilai Rata-Rata Keseluruhan: 3,66

Mutu Pelayanan: A (Sangat Baik)

Kinerja Pelayanan: Seluruh unsur menunjukkan kinerja sangat baik

Semua unsur berada di dalam interval mutu tinggi (3,53–4,00), menandakan bahwa RSOMH memberikan pelayanan sesuai standar mutu yang tinggi dan mendapatkan kepercayaan masyarakat.

Meskipun demikian, dari seluruh 9 aspek penilaian yang sudah berada di atas standar, nilai paling rendah ada pada unsur Sarana Prasarana (3,54) dan Waktu Penyelesaian Pelayanan (3,60). Adapun penyebabnya antara lain:

1. Sarana dan prasarana:
  - Ruang tunggu yang belum memadai untuk pelayanan rawat jalan dan IGD
  - Masih ada kamar mandi ruang rawat inap yang mengalami kerusakan
2. Waktu Penyelesaian Pelayanan:
  - Ketepatan waktu layanan masih rendah
  - Pasien tiba sebelum waktu mulai pelayanan

### **Tindak Lanjut**

1. Sarana dan prasarana: melakukan perbaikan sarana prasarana, seperti ruang tunggu dan toilet
2. Waktu Penyelesaian Pelayanan:
  - Meningkatkan sosialisasi pendaftaran online secara berkelanjutan
  - Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap ketepatan waktu layanan

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

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

Program pengampunan RS merupakan bagian dari transformasi layanan kesehatan dalam rangka upaya penguatan akses dan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan Kementerian kesehatan, dalam hal ini RSOMH adalah sebagai penyelenggara rumah sakit jejaring pengampunan pelayanan stroke sesuai dengan 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 sesuai dengan target yang diturunkan dari DirJen Kesehatan Lanjutan dengan sasaran strategis. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas yang diukur dengan Indikator % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target yang merupakan sasaran strategis. Realisasi % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target yang ditetapkan.

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

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

Tabel 12

Realisasi pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target Semester I Tahun 2025

<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>	<b>% CAPAIAN</b>
% pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target	50%	0,00%	0,00%

Realisasi capaian pada semester I belum tercapai karena program pengampunan masih dalam proses penyusunan Tim pengampunan.

#### **Kendala**

1. Pada triwulan I tahun 2025, penyusunan RSB baru selesai dilakukan, sehingga sasaran strategi dan indikator baru dapat diturunkan ke Tim Kerja pada masing-masing Direktorat
2. Pada Triwulan II masih dalam tahap persiapan/ asesmen (mengidentifikasi lokus yang akan diampu berdasarkan sumber daya yang dimilikinya)

#### **Tindak Lanjut**

1. Melakukan rapat koordinasi perencanaan program kerja kegiatan pengampunan dengan tim pengampunan yang telah dibentuk
2. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap tahapan kegiatan yang sesuai dengan program kerja yang telah disusun

### **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 adalah 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, sebagai rumah sakit pendidikan satelit target yang ditetapkan untuk RSOMH adalah sebesar 1% dari pendapatan operasional rumah sakit.

#### **Formula**

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

Sumber data dari Laporan Tim Kerja Penelitian (Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian/ SPP), dengan realisasi capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian semester I (Januari – Juni) 2025 sebagai berikut:

Tabel 13  
 Data Perhitungan Capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian per Bulan  
 Januari – Juni Tahun 2025

Periode	Numerator	Denominator	Target	Realisasi (b/c)	% Capaian (e/d)
a	B	c	d	e	f
Januari	2.360.000	9.977.424.583	1%	0,024%	2,37%
Februari	2.285.000	10.997.786.046	1%	0,021%	2,08%
Maret	1.665.000	9.850.515.624	1%	0,017%	1,69%
April	1.545.000	10.210.932.976	1%	0,015%	1,51%
Mei	2.070.000	10.604.861.035	1%	0,020%	1,95%
Juni	2.095.000	10.065.636.517	1%	0,021%	2,08%
Semester I	12.020.000	61.707.156.781	1%	0,019%	1,95%

Tabel 14  
 Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	1%	0,019%	1,95%

Realisasi capaian % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian pada semester I 2025 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 0,019% dari target 1% dari pendapatan operasional. Indikator ini memerlukan usaha dan komitmen yang cukup besar untuk bisa mencapai target 1% pada tahun 2025. Pendapatan yang diperoleh dari penelitian bersumber dari Pengambilan data awal untuk pembuatan proposal penelitian dari Universitas dan Institusi penilitaian dan tarif pengajuan proposal etik penelitian melalui aplikasi digiTEPP (digital Etik proposal penelitian) sebesar Rp 12.020.000 dari pendapatan operasional Rp 61.707.156.781,-.

#### **Kendala**

1. Pada triwulan I tahun 2025, penyusunan RSB baru selesai dilakukan, sehingga sasaran strategi dan indikator baru dapat diturunkan ke masing-masing Timker oleh masing-masing Direktorat, sehingga program kerja baru bisa disusun oleh Timker Penelitian setelah selesai penyusunan RSB.
2. Volume penelitian yang dilakukan oleh pihak eksternal dengan menjadikan RSOMH sebagai lokus penelitian masih rendah

#### **Tindak Lanjut**

1. Sosialisasi sistem penelitian dengan menggunakan barcode dan digitalisasi
2. Melakukan promosi di website dan media sosial
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap tahapan kegiatan yang sesuai dengan program kerja yang telah di susun

#### 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, yang wajib dilaksanakan setiap rumah sakit sesuai dengan a Permenkes No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi RS.

##### **Definisi Operasional**

- Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back Office
- Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:
  - a) Persentase integrasi RME ke 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**

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

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

Tabel 15  
 Data Perhitungan Capaian IHS per Bulan  
 Januari – Juni 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%
Semester I						25%	45,10%	180,40%

Tabel 16  
 Realisasi penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan  
 Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (HIS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	45,10%	180,40%

Penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan belum optimal namun sudah melebihi target yang sudah ditetapkan pada semester 1 Tahun 2025 uraian capaian adalah sebagai berikut:

1. Persentase Integrasi RME ke Satusihat pada semester I tahun 2025 menunjukkan bahwa tren membaik dimana kuantitas dan kualitas stabil dan cenderung meningkat, Hasil optimal telah ditunjukkan pada unsur kualitas dan kuantitas. hampir seluruh pelanggan telah menggunakan pendaftaran online
2. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS seluruh pelanggan telah menggunakan pendaftaran online dengan menggunakan website dan aplikasi My Hatta dan hasil yang belum optimal terdapat yaitu pada:
3. Persentase integrasi sistem inventory, Sistem inventory terintegrasi baru dengan satu bagian yaitu inventory barang umum, sedangkan pada bagian persediaan farmasi dan bagian persediaan gizi masih dalam tahap pengembangan integrasi oleh tim SIRS
4. Persentase Human resource Information System (HRIS) data, dan administrasi pegawai dengan SIRS, belum tercapai 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
5. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS, belum tercapai karena masih dalam proses tahap pengembangan oleh tim SIRS, terkait Sistem finance yang 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 SA

Berdasarkan tabel diatas capaian penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan semester I, tercapai dengan baik melebihi target, terdapat tren yang baik menunjukkan tren baik (kuantitas stabil baik dan kualitas meningkat). Hasil optimal telah ditunjukkan pada unsur kualitas dan kuantitas.

#### **Kendala**

1. Persentase integrasi sistem inventory  
Dari 3 aplikasi yaitu: Sistem Persediaan Gudang Umum, Gudang Gizi dan Persediaan Farmasi, terdapat 1 aplikasi yang belum selesai, yaitu Sistem Persediaan Farmasi, disebabkan karena penataan database persediaan farmasi belum selesai.
2. Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS  
Sampai dengan Semester I masih terdapat modul yang belum selesai yaitu aplikasi SDM, aplikasi Diklat dan aplikasi Penelitian.
3. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS  
Sampai dengan Semester I 2025, terdapat aplikasi persediaan Gudang umum yang terinterkoneksi dengan aplikasi SAKTI. Sedangkan untuk aplikasi persediaan gizi sedang dalam proses.

#### **Tindak lanjut**

1. Integrasi sistem inventori: penyelesaian database persediaan farmasi
2. Integrasi HRIS: menyelesaikan modul aplikasi SDM, Diklat, dan Penelitian yang belum selesai
3. Integrasi Finance Information System:
  - mengusulkan interkoneksi untuk persediaan gizi
  - menyelesaikan tahapan sistem informasi keuangan sesuai dengan program kerja yang telah disusun
4. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

### **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. Terdapat 2 (dua) metode yang digunakan untuk mengukur maturitas BLU yaitu serta Result-Based dan Process-Based dengan 5 level maturitas yang masing-masing level memiliki basis kriteria yang berlaku secara universal untuk seluruh aspek dan indikator penilaian. Perbedaan utama dari kedua metode tersebut yaitu objek yang digunakan dalam penilaiannya, namun keduanya sama-sama menggunakan evidence sebagai dasar penilaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.

#### **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

Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas

### Hasil Self Assessment

Tabel 17  
 Rincian Skor Self Assessment Maturity Rating TA 2024

Indikator	Operator					Skor	Approval Satker
	Lev 1	Lev 2	Lev 3	Lev 4	Lev 5		
<b>Keuangan</b>							
1.1 Likuiditas						1,25	✓
1.2 Efisiensi						3,75	✓
1.3 Efektivitas						1,00	✓
1.4 Tingkat Kemandirian						2,75	✓
<b>Pelayanan</b>							
2.1 Indeks Kepuasan Masyarakat						4,00	✓
2.2 Efisiensi Waktu Pelayanan						4,00	✓
2.3 Sistem Pengaduan Layanan						5,00	✓
2.4 Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan						5,00	✓
<b>Kapabilitas Internal</b>							
3.1 Sumber Daya Manusia	100%	100%	100%	100%	67%	5,00	✓
3.2 Proses Bisnis	100%	100%	100%	67%	0%	4,00	✓
3.3 Teknologi	100%	100%	100%	100%	0%	4,00	✓
3.4 Customer Focus	100%	100%	100%	100%	67%	5,00	✓
<b>Tata Kelola dan Kepemimpinan</b>							
4.1 Perencanaan Strategis	100%	100%	100%	100%	67%	5,00	✓
4.2 Etika Bisnis	100%	100%	67%	67%	0%	4,00	✓
4.3 Stakeholder's Relationship	100%	100%	100%	100%	100%	5,00	✓
4.4 Manajemen Risiko	100%	100%	100%	100%	0%	4,00	✓
4.5 Pengawasan dan Pengendalian	100%	100%	100%	100%	0%	4,00	✓
<b>Inovasi</b>							
5.1 Keterlibatan Pengguna Jasa	100%	100%	100%	100%	0%	4,00	✓
5.2 Proses Inovasi	100%	100%	100%	33%	0%	3,00	✓
5.3 Manajemen Pengetahuan	100%	100%	100%	67%	0%	4,00	✓
5.4 Manajemen Perubahan	100%	100%	100%	100%	0%	4,00	✓
<b>Lingkungan</b>							

Indikator	Operator					Skor	Approval Satker
	Lev 1	Lev 2	Lev 3	Lev 4	Lev 5		
6.1 Environmental Footprint Management	100%	100%	100%	100%	100%	5,00	√
6.2 Penggunaan Sumber Daya	100%	100%	100%	100%	100%	5,00	√
<b>Skor Self-Assessment</b>						<b>3,97</b>	<b>3,97</b>

Tabel 18  
 Realisasi Skor BLU Maturity Rating Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
Skor BLU Maturity Rating	Level 3	Level 3 (3,97)*	100%

Realisasi capaian self-assessment Maturity Rating tahun 2024 yang dilakukan oleh tim penilaian mandiri RSOMH Bukittinggi adalah dengan skor 3,97, sampai laporan ini disusun belum ada nilai akhir persetujuan PPK-BLU. Hasil penilaian mandiri (self asesment) Maturitas BLU untuk tahun 2024 sudah dilaksanakan pada semester I 2025, yang dilakukan oleh tim penilaian mandiri RSOMH Bukittinggi nilai asesment yang sudah di verifikasi oleh *approval* adalah 3,97 sudah mencapai target sesuai dengan yang di tetapkan yaitu pada level 3. Saat ini proses penilaian Maturitas BLU sedang melalui tahap proses verifikasi Kanwil dan selanjutnya akan melalui tahapan verifikasi PPK BLU untuk hasil akhir tingkat Maturitas BLU tahun 2024. Secara keseluruhan level 3 menandakan bahwa organisasi telah mencapai kematangan yang sudah tinggi dalam pengelolaan prosesnya dibandingkan dengan level 1 dan 2, namun masih perlu terus berupaya untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses tersebut.

Berdasarkan hasil *self-assessment*, indikator yang masih perlu perbaikan antara lain: indikator aspek keuangan (Likuiditas, Efektivitas, Tingkat Kemandirian) dan Proses Inovasi

### **Kendala**

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:
  - Belum adanya laporan analisis atas kinerja proses inovasi
  - Belum adanya Dashboard Pemantauan Proses Inovasi Produk dan Layanan yang mencakup proses inovasi yang sedang dikembangkan/dibangun maupun yang telah diimplementasikan

### **Tindak Lanjut**

1. Aspek keuangan:
  - Meningkatkan pendapatan melalui perbaikan kualitas klaim, optimalisasi pendapatan non-JKN, inovasi layanan baru (*homecare*, hemodialisa)
  - Meningkatkan produktivitas sumber daya melalui peningkatan promosi lewat media sosial
2. Proses inovasi: melakukan pemantauan dan pelaporan kinerja proses inovasi
3. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

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

### IKU: Bed Occupancy Rate (BOR)

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 adalah Bed Occupancy Rate adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu, target yang ditetapkan untuk tahun 2025 adalah sebesar 70%, dengan formula :

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

Tabel 19  
 Data Perhitungan Capaian BOR per Bulan  
 Januari – Juni Tahun 2025

Periode	Hari Rawatan	Jumlah Hari	Jumlah TT	Target	Realisasi (b/(cxd))	% Capaian (f/e)
a	b	c	d	e	f	g
Januari	3.851	31	151	70%	82,27%	117,53%
Februari	3.383	28	151	70%	80,01%	114,31%
Maret	3.272	31	156	70%	67,66%	96,66%
April	3.781	30	156	70%	80,79%	115,42%
Mei	3.543	31	156	70%	73,18%	104,54%
Juni	3374	30	156	70%	72,09%	102,99%
Semester I	21.204	181	154	70%	75,91%	108,44%

Tabel 20  
 Realisasi BOR Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	75,91%	108,44%

Data capaian BOR bersumber dari Laporan Instalasi Rekam Medik. Realisasi capaian BOR RSOMH semester I tahun 2025 tercapai dengan baik dari target yang telah ditetapkan yaitu 75,91%, melebihi target 70%. 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 capaian BOR pada periode semester I ini sudah mencapai target, namun untuk meningkatkan capaian pendapatan rumah sakit perlu dilakukan optimalisasi pemakaian tempat tidur dengan BOR 80%.

Beberapa faktor yang mendorong tercapainya pemakaian tempat tidur melampaui 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 *stake holder* seperti melalui kegiatan yang sudah dilakukan yaitu sosialisasi layanan unggulan dengan mengundang wakil walikota beserta jajaran, wartawan dan para tokoh
2. Terjadinya peningkatan mutu pelayanan dengan fasilitas lengkap serta tenaga medis profesional sesuai dengan kebutuhan masyarakat, dengan melakukan perumusan mutu prioritas dan peningkatan mutu nasional pada awal tahun diseluruh unit dan bagian RSOMH
3. Optimalisasi layanan yang sudah ada dengan melakukan promosi secara masif dan aktif pada melalui media-media sosial yang dimiliki RSOMH
4. Faktor eksternal yang dapat memicu BOR tinggi antara lain meningkatnya jumlah kunjungan pasien, baik karena Penyakit tidak menular (PTM), penyakit menular penyakit genetik, dan penyakit akibat lingkungan

#### **Kendala**

Terdapat beberapa kendala yang menyebabkan capaian BOR belum sampai 80%, yaitu:

1. Dilakukannya perbaikan sarana prasarana layanan seperti: perbaikan atap dan kanopi Cathlab dan HCU, serta perbaikan kamar mandi dan toilet ruangan rawat inap
2. Volume layanan anak, kebidanan dan mata rendah

#### **Tindak Lanjut**

1. Membuat perencanaan pemeliharaan gedung layanan secara optimal
2. Melakukan promosi untuk layanan anak, kebidanan dan mata
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terus menerus untuk memantau dan menganalisis BOR, serta melakukan berbagai upaya untuk mengoptimalkan pemanfaatan tempat tidur agar tetap berada pada rentang ideal (60-85%)

### **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 fasilitas kesehatan atau 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. dengan Kajian ini meliputi surveilans (pengawasan), identifikasi masalah, dan penerapan tindakan pencegahan untuk mengurangi risiko infeksi dalam rangka menjamin keselamatan pasien. Beberapa indikator HAIs beserta definisi operasional yang diukur dalam pengendalian infeksi di rumah sakit adalah sebagai berikut:

Sumber data adalah dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Tabel 21  
 Realisasi HAIs Rate Rating Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	< 1,0 ‰	0,00 ‰	100%
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 %	0,15%	100%
SSI ( <i>Surgical Site Infection</i> )			

### 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 22  
 Data Perhitungan Capaian CAUTI per Bulan  
 Januari – Juni 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%
Semester I	0	5.348	<1,0‰	0,00‰	100%

Dari hasil surveilens CAUTI yang dikumpulkan dari seluruh unit rawat inap menunjukkan bahwa angka kejadian CAUTI (infeksi saluran kandung kemih) pada semester I (Januari-Mei) tahun 2025 adalah dari 4464 total hari pemasangan cateter pasien rawat inap yang dilakukan pemasangan

kateter, tidak ada (0) kasus untuk kejadian CAUTI (infeksi saluran kandung kemih) 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 atau 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 :

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

Sumber data adalah dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Tabel 23  
 Data Perhitungan Capaian VAP per Bulan  
 Januari – Juni 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%

Dari hasil surveilans VAP menunjukkan bahwa angka kejadian VAP pada semester I (Januari-Mei) tahun 2025 adalah dari 684 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:

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

Sumber data adalah dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tabel 24  
 Data Perhitungan Capaian CLABSI per Bulan  
 Januari – Juni 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%

Dari hasil surveilans CLABSI menunjukkan bahwa angka kejadian CLABSI pada semester I (Januari-Juni) tahun 2025 adalah 100% tercapai dengan sangat baik, dengan penjelasan dari 438 total hari pemakaian kateter vena central yang digunakan pada pasien di ruangan ICU

RSOMH per 1000 hari, tidak ada (0,00‰) 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), sehingga 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 dari kriteria berikut: keluar pus pada luka operasi, hasil kultur pada spesimen cairan yang keluar dari luka menunjukkan adanya microorganisme, 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, dengan formula:

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

Sumber data adalah dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Tabel 25  
 Data Perhitungan Capaian SSI per Bulan  
 Januari – Juni 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%

Dari hasil surveilans SSI (surgical site infection) menunjukkan bahwa angka kejadian SSI (surgical site infection) pada semester I (Januari-Mei) tahun 2025 tercapai 100%, dengan penjelasan dari 580 total keseluruhan tindakan operasi terdapat 1 kejadian infeksi pada tindakan luka operasi sehingga realisasi pada bulan Januari – Juni adalah 0,15% masih tercapai 100% dibandingkan target <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 SSI (surgical site infection), sehingga dengan terkendalinya SSI (surgical site infection)/ 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.

Hal-hal yang dilakukan untuk mempertahankan capaian HAIs:

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

#### **Hambatan**

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

#### **Tindak Lanjut**

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) melalui program layanan prioritas penyakit KJSU (Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi), maka 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. Standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator

standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. RSOMH Bukittinggi sebagai rumah sakit khusus otak dan saraf dengan indikator yang diukur adalah layanan stroke. Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS.

Untuk mendukung transformasi layanan rujukan tersebut, Kementerian Kesehatan memerlukan kontribusi dari TNI, POLRI, dan perguruan tinggi untuk menjadi bagian dari skema sistem rujukan dan jejaring pelayanan penyakit prioritas.

Terdapat 4 indikator standar klinis yang ditetapkan untuk layanan stroke berikut Definisi operasional dari 4 indikator standar klinis yang ditetapkan, untuk Layanan Stroke, indikator klinis terdiri dari:

- 1) Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit
- 2) Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena
- 3) Pasien Stroke Iskemik Dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari
- 4) Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

Dengan formula penghitungan:

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

Sumber data didapat dari Laporan Tim Kerja Pelayanan Medik dan Pelayanan Penunjang (Direktorat Medik dan Keperawatan).

Tabel 26  
Data Perhitungan Standar Klinis per Bulan  
Januari – Juni 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

Tabel 27  
 Data Capaian % Standar Klinis Tercapai per Bulan  
 Januari – Juni 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	4	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%

Tabel 28  
 Realisasi standar klinis yang tercapai Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
% standar klinis yang tercapai	80%	100%	125%

Dari hasil penghitungan capaian % standar klinis semester I (Januari-Juni) tahun 2025 tercapai dengan baik 100% dari target 80% yang ditetapkan, pengukuran capaian indikator % standar klinis merupakan adalah salah satu upaya pelaksanaan transformasi rumah sakit vertikal, sesuai dengan program Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkeadilan, sebagai rumah sakit khusus otak dan saraf.

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

##### % 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**

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

Tabel 29

Data Perhitungan % Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS per Bulan Januari – Juni 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%

Tabel 30

Realisasi pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	10%	7,96%	79,64%

Realisasi capaian % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan di RSOMH semester I (Januari – Juni) tahun 2025 belum mencapai target yaitu 7,96 % dari target yang telah ditetapkan yaitu 10%, dengan penjelasan dari total realisasi pendapatan operasional sebesar Rp 69.971.389.395, pendapatan non-JKN baru mencapai Rp 5.572.711.545,-. Pendapatan Non- JKN berasal dari pasien JKN yang naik kelas, Pasien Umum, Pasien Asuransi Swasta, Pasien Perusahaan, dll.

**Kendala**

1. Kunjungan pasien non-JKN ke RSOMH masih rendah
2. Belum ada pemisahan antara pendaftaran poli JKN dan non-JKN

3. RSOMH belum bisa membuka layanan MCU di luar jam kerja

**Tindak Lanjut**

1. Melakukan promosi aktif terkait pelayanan
2. Meningkatkan kerja sama dengan penjamin kesehatan non JKN
3. Membuka layanan MCU di luar jam kerja
4. Merencanakan pemisahan layanan pasien reguler dengan pasien eksekutif
5. 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**

Skor tingkat kepuasan pegawai di rumah sakit (RS) dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai metode, termasuk survei kepuasan, wawancara, dan observasi. 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.

Definisi Operasional Survei kepuasan pegawai sesuai prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat dengan sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat 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

**Formula**

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

Tabel 31  
Realisasi Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76,61–88,3)	82,91	108,22%

Skor Tingkat Kepuasan Pegawai Semester I Tahun 2025 merupakan hasil survei internal yang dilakukan pada Triwulan II.

Target yang ditetapkan dari Skor Tingkat Kepuasan Pegawai merupakan target 1 tahun yang dilakukan oleh pihak eksternal.

**Hambatan**

Alokasi anggaran untuk survey kepuasan oleh pihak eksternal sudah tersedia, namun diblokir sesuai Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2025 tentang efisiensi belanja.

**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/ Menciptakan Tenaga Kesehatan yang Kompeten sehingga dengan 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. *Training Effectiveness Index (TEI)* 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.

**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:**

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

Tabel 32  
Realisasi TEI Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
Training Effectiveness Index (TEI)	70%	10,05%	14,35%

Realisasi Training Effectiveness Index (TEI) semester I (Januari–Juni) tahun 2025 belum mencapai target yaitu 10,05% dari 70% dari target. Target pada PK merupakan target dalam 1 tahun. Rumah Sakit telah menetapkan target per Triwulan untuk TW I sebesar 10%, TW II sebesar 25%, TW III 45% dan TW IV 70%. Data didapat dari Timker Pendidikan dan Pelatihan.

### **Kendala**

Untuk capaian TW I dan TW II belum mencapai target karena:

1. Pada Triwulan I belum dilakukan *in-house training*, baru ada pelaksanaan workshop untuk tenaga medis
2. Jadwal pelatihan yang direncanakan belum tersedia

### **Tindak Lanjut**

1. Mempercepat pelaksanaan pelatihan *in house training* sesuai perencanaan
2. Sosialisasi jadwal pelatihan yang tersedia secara online sesuai dengan kompetensi tenaga medis dan tenaga kesehatan
3. Melakukan penyesuaian perencanaan pelatihan dengan jadwal yang tersedia
4. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

## **10) Sasaran Strategis 10: Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal**

### **IKU: EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)**

EBITDA dapat disebut juga surplus atau defisit sebelum bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi, sedangkan EBITDA Margin 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, sedangkan Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). Pencapaian target EBITDA setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan sesuai Permenkes Nomor 26 tahun 2022.

Dengan Formula perhitungan:

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

Tabel 33  
 Data Perhitungan EBITDA Margin RSOMH Bukittinggi  
 Bulan Januari – Juni 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	674.722.151	10.997.786.046	1%	6,14%	613,51%
Maret	(1.437.989.583)	9.850.515.624	1%	-14,60%	-1459,81%
April	(334.098.816)	10.210.932.976	1%	-3,27%	-327,20%
Mei	(205.180.451)	10.604.861.035	1%	-1,93%	-193,48%
Juni	(3.889.757.377)	10.065.636.517	1%	-38,64%	-3864,39%
Semester I	(4.950.076.410)	61.707.156.781	1%	-8,02%	-802,19%

Tabel 34  
 Realisasi EBITDA Margin Semester I Tahun 2025

<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>	<b>% CAPAIAN</b>
EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	1%	-8,02%	-802,19%

Capaian EBITDA margin RSOMH Bukittinggi semester I Tahun 2025 menunjukkan nilai negatif yaitu -8,02% belum mencapai target yang telah ditetapkan, yaitu 1% untuk RSOMH sebagai rumah sakit vertikal Cluster 3. EBITDA margin dipengaruhi oleh EBITDA dan pendapatan operasional Netto.

#### **Kendala**

1. Belanja pegawai tinggi di bulan Mei mengakibatkan jumlah komponen biaya total yang mempengaruhi EBITDA tinggi, sementara pendapatan belum optimal untuk menutup beban pegawai
2. Terdapat peningkatan belanja pegawai dan penambahan kekurangan persediaan farmasi pada bulan Mei disamping beban farmasi Juni 2025 serta pembebanan belanja kontrak service MRI dan PACS yang jatuh tempo dibulan Juni sementara pendapatan operasional bulan Juni mengalami penurunan sebesar Rp.194,424,692,55 dari bulan Mei 2025

#### **Tindak Lanjut**

1. Menambah jenis layanan non JKN seperti: Home care dan optimalisasi layanan poli eksekutif. Termasuk meningkatkan capaian non JKN rawat jalan seperti: layanan MCU/SCU dengan mengemas layanan tersebut dalam wisata kesehatan
2. Memastikan bahwa pembayaran belanja dibayar dimuka dan belanja yang tagihannya dibayarkan pertermin triwulanan, catur wulan dan semesteran dialokasikan pembebanannya setiap bulan mulai bulan Juli 2025
3. Rencana membuka layanan hemodialisa
4. Melakukan evaluasi terhadap produktifitas pegawai
5. Meningkatkan efisiensi dan produktivitas pegawai dengan melakukan penghitungan jam Time and motion study (studi waktu dan gerak) pada tenaga administrasi
6. Melakukan pemasaran/ promosi layanan yang efektif secara masif melalui berbagai media baik secara langsung dengan mengundang tokoh-tokoh yang ada di kota Bukittinggi, maupun melakukan promosi melalui berbagai media sosial Instagram, Tiktok, FB, website dll
7. Meningkatkan kerjasama dengan perusahaan asuransi kesehatan non JKN, Instansi-instansi untuk layanan unggulan seperti; Stroke cek up/ SCU dan MCU

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

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

#### **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

Tabel 35  
 Data Nilai Kinerja Penganggaran RSOMH Bukittinggi  
 Bulan Januari – Juni 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%
Semester I	80,10	77,35	96,57%

Tabel 36  
 Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran Semester I Tahun 2025

<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>	<b>% CAPAIAN</b>
Nilai Kinerja Penganggaran	80,10	77,35	96,57%

Realisasi nilai kinerja penganggaran semester I tahun 2025 sesuai target yang sudah ditetapkan belum tercapai. Berdasarkan tabel di atas tergambar pada bulan April – Juni kinerja penganggaran pencapaiannya dibawah target yang sudah ditetapkan. Kondisi ini disebabkan karena perencanaan anggaran yang tidak matang.

**Kendala**

Kurangnya koordinasi lintas bagian dalam penetapan perencanaan penarikan dana.

**Tindak Lanjut**

1. Melakukan monitoring dan evaluasi RDPD halaman III DIPA sesuai dengan pencairan anggaran setiap bulan
2. Menjaga akurasi dan konsistensi realisasi anggaran dengan RPD halaman III DIPA dengan batas toleransi tidak lebih dari 5%
3. Memperhitungkan sisa anggaran yang diproyeksikan tidak akan diserap sampai dengan akhir tahun sebagai RPD pada bulan Desember 2025
4. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan anggaran

**2) 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 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**

$(\text{Jumlah realisasi anggaran}) / (\text{Total pagu belanja}) \times 100\%$

Tabel 37  
Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA	TARGET	REALISASI	% CAPAIAN
Realisasi Anggaran	95%	48,15%	50,68%

Target realisasi anggaran yang ditetapkan 95 % merupakan target realisasi akumulasi dalam satu tahun. Rumah Sakit telah menetapkan target per Triwulan untuk TW I sebesar 15%, TW II sebesar 45%, TW III 70% dan TW IV 95%. Pada semester satu realisasi anggaran sudah mencapai 48,15 %. Realisasi ini jika dilihat dalam kurun waktu semester 1 (Januari–Juni) realisasi anggaran sudah tercapai karena diatas 50% dari target tahun 2025 yaitu 95%.

**Kendala**

Adanya Efisiensi anggaran sesuai Inpres No. 1 Tahun 2025 sehingga anggaran terblokir

### **Tindak Lanjut**

1. Melakukan evaluasi secara berkala terhadap progress pengadaan barang/jasa sehingga bisa mendorong penyedia yang menyelesaikan pekerjaan untuk melengkapi administrasi untuk proses pembayaran
2. Timker Keuangan melakukan pengesahan belanja BLU secara berkala supaya realisasi belanja dapat tercatat secara sistem (SP3BLU)

## **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, melalui surat edaran Nomor: HK.02.03/D.XLIII/604/2025. Langkah-langkah efisiensi yang dilaksanakan pada:

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

Adapun implementasi/ langkah-langkah penerapan Efisiensi adalah:

1. 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 whatsapp 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
2. Efisiensi penghematan penggunaan air dan listrik diantaranya dengan cara:
  - 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.

3. Efisiensi Kegiatan lembur dilaksanakan secara selektif dan dilakukan pemantauan secara optimal dan diketahui atasan langsung
  - 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.
4. Efisiensi Penggunaan Air Conditioner (AC)
  - Tutup ruangan jika AC dihidupkan.
  - Matikan AC jika ruangan telah kosong atau ruangan tidak digunakan.
5. 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.

## B. Realisasi Anggaran

### 1. Realisasi Pendapatan

Tabel 38  
 Target dan Realisasi Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi  
 Semester I Tahun 2024 – 2025

URAIAN	Semester I 2025			Semester I 2024		
	ANGGARAN	REALISASI	%	ANGGARAN	REALISASI	%
<b>PENDAPATAN</b>						
Pendapatan BLU	143.000.000.000	61.883.863.624	43	66.311.854.000	48.130.544.565	73
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak Lainnya		1.730.812			49.263.536	
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>	<b>143.000.000.000</b>	<b>61.885.594.436</b>	<b>43</b>	<b>66.311.854.000</b>	<b>48.179.808.101</b>	<b>73</b>

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 30 Juni 2025 adalah sebesar Rp 61.885.594.436,- atau mencapai 43% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp 143.000.000.000,-. Pendapatan Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi terdiri dari:

- a. Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit sebesar Rp61.490.278.585,-,
- b. Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha Rp132.718,-,
- c. Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah sebesar Rp1.760.000,-
- d. Pendapatan jasa layanan perbankan BLU sebesar Rp208.587.264,-,
- e. Pendapatan Lain-lain BLU sebesar Rp169.105.057,-,
- f. Pendapatan BLU lainnya dari sewa gedung dan bangunan sebesar Rp14.000.000,-,
- g. Pendapatan dari penjualan peralatan dan mesin sebesar Rp826.000,-,
- h. Penerimaan kembali persekot/uang muka gaji sebesar Rp904.812,-.

Realisasi penerimaan BLU Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Semester I TA 2025 adalah sebesar Rp61.883.863.624,- atau mencapai 43.3% dari jumlah yang di anggarkan dalam DIPA realisasi pendapatan BLU TA 2024 yaitu sebesar Rp143.000.000.000,-. Terdapat kenaikan pendapatan BLU Semester I TA 2025 dibandingkan TA 2024 sebesar Rp32.646.850.724,- atau sebesar 37%.

Tabel 39  
 Perbandingan Realisasi Pendapatan BLU  
 Semester I Tahun 2024 – 2025

No.	Uraian	Realisasi Sem I TA 2025	Realisasi Sem I TA 2024	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
1.	Pendapatan Jasa Pelayanan RS	61.490.278.585	47.160.284.701	14.329.993.884	30%
2.	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	132.718	38.675.000	(38.542.282)	-100%
3.	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam satu Kementerian Negara/Lembaga	1.760.000	-	1.760.000	-
4.	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	208.587.264	608.790.761	(400.203.497)	-66%
5.	Pendapatan Lain-lain BLU	169.105.057	261.794.103	(92.689.046)	-35%
6.	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Gedung	14.000.000	61.000.000	(47.000.000)	-77%
	<b>Jumlah</b>	<b>61.883.863.624</b>	<b>48.130.544.565</b>	<b>13.753.319.059</b>	<b>29%</b>

## 2. Realisasi Belanja

Realisasi Belanja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi pada Semester 1 Tahun Anggaran 2025 adalah sebesar Rp. 69.288.943.699,- atau 48% dari anggaran belanja sebesar Rp 143.935.024.000,-.

Tabel 40  
 Data Pagu dan Realisasi Belanja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi  
 Semester I Tahun 2024 – 2025

Jenis Belanja	Semester I Tahun 2025				Semester I Tahun 2024			
	Pagu	Realisasi	Sisa	%	Pagu	Realisasi	Sisa	%
Belanja Pegawai	38.639.930.000	21.659.833.671	16.980.096.329	56	32.897.139.000	21.328.270.447	11.568.868.553	65
Belanja Barang	98.576.879.000	46.710.823.028	51.866.055.972	47	83.457.770.000	46.531.721.587	36.926.048.413	56
Belanja Modal	6.718.215.000	918.287.000	5.799.928.000	14	7.970.160.000	2.343.711.905	5.626.448.095	29
<b>Total</b>	<b>143.935.024.000</b>	<b>69.288.943.699</b>	<b>74.646.080.301</b>	<b>48</b>	<b>124.325.069.000</b>	<b>70.203.703.939</b>	<b>54.121.365.061</b>	<b>56</b>

Dibandingkan dengan realisasi Semester I TA 2025, Realisasi Belanja Semester I TA 2025 terdapat penurunan sebesar (Rp914.760.240,-) atau sebesar -1,3 %. Adapun rinciannya sebagai berikut:

- Belanja pegawai terdapat kenaikan sebesar Rp331.563.224,- atau sebesar 1,6 persen.
- Belanja Barang terdapat kenaikan sebesar Rp179.101.441,- atau sebesar 0,4 persen.
- Belanja Modal terdapat penurunan sebesar (Rp1.425.424.905,-) atau sebesar (60,8) persen.

Tabel 41  
 Perbandingan Realisasi Belanja  
 Semester I Tahun 2024 – 2025

Uraian	Realisasi Sem I TA 2025	Realisasi Sem I TA 2024	Kenaikan / (Penurunan)	% Naik/ (Turun)
Belanja Pegawai	21.659.833.671	21.328.270.447	331.563.224	1,6%
Belanja Barang	46.710.823.028	46.531.721.587	179.101.441	0,4%
Belanja Modal	918.287.000	2.343.711.905	(1.425.424.905)	-60,8%
<b>Jumlah</b>	<b>69.288.943.699</b>	<b>70.203.703.939</b>	<b>(914.760.240)</b>	<b>-1,3%</b>

### 3. Neraca Barang Milik Negara

Tabel 42  
 Posisi Neraca Barang Milik Negara (BMN)  
 (berdasarkan Laporan BMN Semester I Tahun 2025)

NO	AKUN NERACA	Saldo Awal	Mutasi	Saldo Akhir
<b>I</b>	<b>POSISI BMN DI NERACA</b>	<b>291.861.750.818</b>	<b>(9.602.627.428)</b>	<b>282.259.123.390</b>
A.	ASET LANCAR	<b>6.904.476.831</b>	<b>(1.492.785.637)</b>	<b>5.411.691.194</b>
	Persediaan	6.904.476.831	(1.492.785.637)	5.411.691.194
B.	ASET TETAP	<b>284.621.375.014</b>	<b>(7.886.307.263)</b>	<b>276.735.067.751</b>
	1. Tanah	133.343.572.000		133.343.572.000
	2. Peralatan dan Mesin	231.264.132.153	3.028.555.000	234.292.687.153
	3. Gedung dan Bangunan	117.470.324.317	426.282.830	117.896.607.147
	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. Akum. Penyusutan	(202.512.225.263)	(11.302.089.629)	(213.814.314.892)
C.	ASET LAINNYA	<b>335.898.973</b>	<b>(223.534.528)</b>	<b>112.364.445</b>
	1. Kemitraan dengan pihak ke tiga			
	2. Aset tak berujud	2.691.230.000	(97.745.000)	2.593.485.000
	ATB Yang dihentikan dari Penggunaan		97.745.000	97.745.000
	Ops Pemerintah			
	3. Akumulasi Amortisasi	(2.403.287.361)	(175.573.194)	(2.578.865.555)
	4. Aset Lain-lain	14.531.683.801	2.168.895.222	12.362.788.579
	5. Akumulasi Penyusutan Aset Lainnya	(14.483.727.467)	(2.120.938.888)	(12.362.788.579)
<b>II</b>	<b>BMN NON NERACA</b>	<b>26.427.538</b>	<b>(3.827.691)</b>	<b>22.599.847</b>
A	EKSTAKOMPTABEL	<b>394.837.086</b>	<b>(3.827.691)</b>	<b>22.599.847</b>
	1. BMN Ekstrakomptabel	394.837.086		394.837.086
	2. Akum. Penyusutan Aset Lainnya	(368.409.548)	(3.827.691)	(372.237.239)
B	BPYBDS			
C	BARANG HILANG			
D	BARANG RUSAK BERAT			
	<b>TOTAL (I + II)</b>	<b>291.888.178.356</b>	<b>(9.606.455.119)</b>	<b>282.281.723.237</b>

## BAB IV PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Otak DR. Drs. M. Hatta Bukittinggi semester I tahun 2025 disusun sebagai bentuk akuntabilitas dan pertanggungjawaban secara berkala dan merupakan laporan pelaksanaan tahun awal periode Renstra 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 semester I 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.

Berdasarkan capaian kinerja Semester 1 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, 7 Indikator Kinerja Utama pencapaiannya mencapai target (kategori sudah tercapai on track/on trend) sementara 7 (tujuh) indikator lainnya, terdiri dari 5 (lima) Indikator Kinerja Utama dan 2 (dua) Indikator Kinerja Direktif belum mencapai target dan akan diupayakan untuk mencapai target pada semester selanjutnya.

Indikator yang sudah mencapai target adalah sebagai berikut:

1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
2. % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
3. Skor BLU Maturity
4. *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*)
5. % standar klinis yang tercapai
6. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
7. Training Effectiveness Index (TEI)

Sedangkan Indikator yang belum mencapai target adalah:

1. Ebitda Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)
2. % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
3. % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
4. % pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS
5. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
6. Training Effectiveness Index (TEI)
7. Realisasi Anggaran

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](mailto:rsomh.bkt20@gmail.com)  
<https://rsomh.co.id/>