



# LAKIP 2025

## SEMESTER I

KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN  
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL MAHAR MARDJONO

Jl. Letjen M.T. Haryono No. Kav. II, Cawang, Kec. Kramat Jati  
Jakarta Timur DKI Jakarta 13630

 (021)29373377  081196209945  rspusatotak

  @rumahsakitotak

 rspan Prof. Dr. dr. Mahar mardjono jakarta

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA**  
**RSPON Prof Dr dr MAHAR MARDJONO**  
**SEMESTER 1 TAHUN 2025**

Direktur Utama



**dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S. MARS**

Direktur Pelayanan Medik



**dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S**

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



**Prof. Dr. dr. Syahrul, Sp.S(K)**

Plt. Direktur Perencanaan dan Keuangan



**Agus Purwono, SE.MM**

Direktur Layanan Operasional



**dr. Sardiana Salam, Sp.S. M.Kes**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono telah menyelesaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Semester 1 tahun 2025. Laporan ini merupakan bagian dari upaya RSPON Prfo. Dr. dr. Mahar Mardjono dalam rangka penguatan sistem akuntabilitas kinerja seperti yang tertuang dalam Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja ini merupakan bentuk pertanggungjawaban RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono sebagai salah satu Unit Pelaksana Teknis dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya yang dipercayakan melalui perjanjian kinerja yang telah diperjanjikan sebelumnya yang disusun dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Penyusunan laporan ini telah disesuaikan dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak- pihak yang berkepentingan, baik sebagai informasi maupun evaluasi kinerja pada semester 1 tahun 2025 serta dapat digunakan sebagai acuan dalam perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan yang akan datang.

Jakarta, 10 Juli 2025

Direktur Utama,



**dr. Adin Nulhasanah, Sp.S. MARS**

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL.....	5
DAFTAR GAMBAR.....	6
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	7
BAB I PENDAHULUAN .....	9
A. Latar Belakang .....	9
B. Maksud dan Tujuan Laporan .....	9
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	10
D. Sumber Daya Manusia.....	15
E. Isu Strategis.....	16
F. Sistematika Penulisan.....	18
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	19
A. Rencana Strategis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono.....	19
B. Perjanjian Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono .....	22
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....	26
A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja.....	26
B. Sumber Daya.....	63
1. Kinerja Pelayanan.....	63
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana .....	67
3. Sumber Daya Keuangan.....	68
4. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya.....	70
BAB IV PENUTUP .....	72
SARAN .....	72

## DAFTAR TABEL

Tabel II. 1 Matriks Perencanaan Kinerja Tahun 2025 .....	21
Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2025 .....	25
Tabel III. 1 Capaian IKU: CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) .....	28
Tabel III. 2 Rincian Perhitungan Survey Kepuasan Pelanggan Semester 1 th. 2025 .....	29
Tabel III. 3 Capaian IKU: Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai Target	32
Tabel III. 4 Capaian IKU: Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian ...	36
Tabel III. 5 Capaian IKU: Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan.....	37
Tabel III. 6 Perhitungan Capaian HIS Semester 1 tahun 2025 .....	38
Tabel III. 7 Capaian IKU: Skor BLU Maturity Rating .....	39
Tabel III. 8 Capaian IKU: <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> .....	42
Tabel III. 9 Capaian IKU: <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> .....	44
Tabel III. 10 Rincian Capaian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> .....	45
Tabel III. 11 Capaian IKU: Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai .....	47
Tabel III. 12 Rincian Capaian IKU Persentase Standar Klinis <i>Stroke</i> yang Tercapai.....	48
Tabel III. 13 Capaian IKU: Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS.....	49
Tabel III. 14 Capaian IKU: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai .....	50
Tabel III. 15 Capaian IKU: Pencapaian <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> .....	53
Tabel III. 16 Capaian IKU: EBITDA Margin .....	55
Tabel III. 17 Capaian IKU: Nilai Kinerja Penganggaran.....	58
Tabel III. 18 Capaian IKU: Realisasi Anggaran.....	59
Tabel III. 19 Rincian Realisasi Anggaran Per Semester 1 Tahun 2025 .....	59
Tabel III. 20 Rekapitulasi Capaian & Anggaran IKU Semester 1 Tahun 2025 .....	60
Tabel III. 21 Capaian IKT bulan Juni Tahun 2025 .....	61
Tabel III. 22 Rincian Pendapatan Per 30 Juni 2025 .....	69
Tabel III. 23 Rincian Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2025 .....	70
Tabel III. 24 Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2024 .....	70
Tabel III. 25 Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2025 .....	70

## DAFTAR GAMBAR

Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Tahun 2025.....	22
Gambar III. 1 Grafik Skor Survey Kepuasan Pelanggan Semester 1 th.2025 .....	29
Gambar III. 2 Kertas Kerja Penilaian BLU <i>Maturity Rating</i> .....	41
Gambar III. 3 Grafik Target dan Capaian EBITDA Margin Periode Semester 1 Tahun 2025 .....	56
Gambar III. 4 Capaian Nilai Kinerja Penganggaran Berdasarkan Aplikasi SMART DJA Kementerian Keuangan .....	58
Gambar III. 5 Kunjungan Rawat Jalan .....	63
Gambar III. 6 Kunjungan Poli Eksekutif.....	63
Gambar III. 7 Kunjungan IGD.....	64
Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Inap .....	64
Gambar III. 9 Pelayanan Bedah Sentral.....	64
Gambar III. 10 Pembatalan Operasi .....	65
Gambar III. 11 Pelayanan Radiologi .....	65
Gambar III. 12 Pelayanan Laboratorium .....	65
Gambar III. 13 Pelayanan Neurorestorasi .....	66
Gambar III. 14 Pelayanan Farmasi.....	66
Gambar III. 15 Morbiditas Juni 2025 .....	66
Gambar III. 16 Mortalitas Juni 2025 .....	67



## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof Dr dr Mahar Mardjono yang selanjutnya disebut RSPON Mahar Mardjono semester 1 tahun 2025 ini merupakan sarana penyampaian pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI beserta seluruh pemangku kepentingan baik serta merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan pengukuran pencapaian kinerja dalam mewujudkan visi Rumah Sakit sebagaimana tercantum didalam RSB RSPON Mahar Mardjono tahun 2025-2029, yakni “Menjadi Rumah Sakit yang Memiliki Pelayanan Otak dan Persarafan Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan Berkelanjutan”.

RSPON Mahar Mardjono telah menetapkan 11 sasaran strategis dan 14 Indikator yang terdiri atas 10 sasaran strategis dengan 12 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON 2025-2029 dan 1 sasaran strategis dengan 2 Indikator Kinerja yang berasal dari indikator direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, sebagaimana tertuang pada Perjanjian Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2025. Hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian 14 Indikator pada semester 1 tahun 2025, diperoleh tingkat pencapaian sebesar 50% yang terdiri dari 7 indikator yang sudah tercapai, dan 7 indikator yang masih dalam proses pencapaian.

Sedangkan hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian atas 16 Indikator Kinerja Tahunan (IKT) yang merupakan Kontrak Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI yang bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan pada capaian bulan Juni tahun 2025 telah tercapai 81,25%, terdiri dari 13 indikator yang telah tercapai dengan 3 (tiga) Indikator yang belum tercapai.



Selain itu, hasil penilaian tingkat maturitas BLU untuk RSPON Mahar Mardjono berdasarkan Laporan Hasil Penilaian Tata Kelola & Kinerja (Tingkat Maturitas) BLU oleh KAP Hendrawinata Hanny Erwin & Sumargo yang dinilai pada tahun 2025 berdasarkan hasil kinerja tahun 2024 sebesar 4,23.

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2025 revisi ke-6 tanggal 19 Mei 2025 sebesar Rp582.594.082.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp181.833.104.360,00 (31,21%). Pencapaian pendapatan PNBPN BLU RSPON Mahar Mardjono pada semester 1 tahun 2025 sebesar Rp216.294.977.196,00 yakni 38,97% dari target pendapatan sebesar Rp555.000.000.000,00.

Adapun prestasi maupun penghargaan yang dimiliki RSPON Mahar Mardjono selama semester 1 tahun 2025 terdiri atas:

1. Juara ke-2 kategori *Best Fostering Hospital* pada kegiatan Refleksi Kegiatan 2024 dan Resolusi 2025 Rumah Sakit Kemenkes Indonesia yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI;
2. Juara ke-3 kategori Pendaftaran *Online* Terbaik pada kegiatan Refleksi Kegiatan 2024 dan Resolusi 2025 Rumah Sakit Kemenkes Indonesia yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan RI;
3. TOP 10 *Water Hero* 2025 pada kegiatan Water Hero 2025 yang diselenggarakan oleh PAM Jaya.



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja semester 1 merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi dari satuan kerja dilingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran selama 1 semester di tahun 2025.

RSPON Mahar Mardjono merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis (UPT) dilingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat dengan pelayanan utama dibidang otak dan persarafan.

Sebagai bentuk pertanggung jawaban atas perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu semester 1 tahun 2025 kepada para *stakeholder*, maka disusunlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RSPON Mahar Mardjono Semester 1 Tahun 2025. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja ini mengacu pada PERMENPAN RI Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja.

#### B. Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Semester 1 Tahun 2025 disusun sebagai bentuk pertanggung jawaban atas :

1. Memberikan informasi mengenai Pengukuran dan evaluasi keberhasilan dan atau kegagalan dalam pelaksanaan kinerja yang telah dan seharusnya dicapai kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan;
2. Sebagai tolak ukur atas pencapaian kinerja yang telah dicapai untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan (*sustainable and continuous improvement*).



### C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi

#### Tugas Pokok

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964), RSPON Mahar Mardjono diklasifikasikan sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan. Adapun kekhususan pelayanan Kesehatan utama RSPON Mahar Mardjono adalah pelayanan kesehatan dibidang otak dan persarafan.

#### Fungsi

Dalam melaksanakan tugas, RSPON Mahar Mardjono menyelenggarakan fungsi:

- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan Kesehatan yakni dibidang otak dan persarafan;
- c. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. pengelolaan pelayanan keperawatan;
- e. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- h. pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. pengelolaan sistem informasi;
- k. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit



Selain melaksanakan fungsi tersebut, RSPON Mahar Mardjono yang telah menerapkan Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **Struktur Organisasi**

Sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) tipe II, RSPON Mahar Mardjono dipimpin oleh seorang Direktur Utama dengan susunan Organisasi sebagai berikut:

- A. Satuan Pengawas Internal
- B. Komite terdiri dari:
  - 1. Komite Medik;
  - 2. Komite Keperawatan;
  - 3. Komite Etik dan Hukum;
  - 4. Komite Etik Penelitian;
  - 5. Komite Pencegahan, Pengendalian Infeksi dan Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba;
  - 6. Komite Mutu Rumah Sakit;
  - 7. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya.
- C. Unit Layanan Pengadaan (ULP)
- D. Direktorat
  - D.1 Direktorat Medik dan Keperawatan,  
Tim kerja terdiri dari:
    - a. Tim Kerja Pelayanan Medik;
    - b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan; dan
    - c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang.Instalasi terdiri dari:
    - a. Instalasi Rawat Inap;
    - b. Instalasi Rawat Jalan dan Neurodiagnostik;
    - c. Instalasi Gawat Darurat;
    - d. Instalasi Rawat Intensif;
    - e. Instalasi Neurorestorasi;



- f. Instalasi Bedah Sentral;
- g. Instalasi Farmasi;
- h. Instalasi Radiologi;
- i. Instalasi Laboratorium dan Bank Darah;
- j. Instalasi Gizi;
- k. Instalasi Penjaminan Pasien;

Unit terdiri dari: Unit Admisi

Kelompok Staf Medik:

- a. Kelompok Staf Medik Neurologi Akut;
- b. Kelompok Staf Medik Paroksismal dan Neurologi Diagnostik;
- c. Kelompok Staf Medik Neurologi Behavior & Kualitas Hidup;
- d. Kelompok Staf Medik Bedah;
- e. Kelompok Staf Medik Mitra.

#### D.2 Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

Tim Kerja terdiri dari:

- a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia;
- b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan; dan
- c. Tim Kerja Penelitian.

Instalasi terdiri dari:

- a. Instalasi Penelitian Klinis (*Clinical Research Unit*); dan
- b. Instalasi Penelitian Pusat Inisiatif Sekuensing Genom dan Biomedis.

#### D.3 Direktorat Perencanaan dan Keuangan, terdiri dari:

Tim Kerja terdiri dari:

- a. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program;
- b. Tim Kerja Perencanaan Anggaran;
- c. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan; dan
- d. Tim Kerja Akuntansi dan BMN;

#### D.4 Direktorat Layanan Operasional

Tim Kerja terdiri dari:

- a. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga; dan
- b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat



Instalasi terdiri dari:

- a. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;
- b. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
- c. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
- d. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
- e. Instalasi Pemulasaraan Jenazah;
- f. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu; dan
- g. Instalasi Rekam Medik.

Adapun susunan direksi pada struktur organisasi RSPON Mahar Mardjono adalah sebagai berikut:

Direktur Utama	: dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS
Direktur Medik & Keperawatan	: dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S
Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian	: Prof. Dr. dr. Syahrul, Sp.S(K)
Direktur Layanan Operasional	: dr. Sardiana Salam, Sp.S, M.Kes
Plt. Direktur Perencanaan & Keuangan	: Agus Purwono, SE. MM

Pengawasan terhadap pelaksanaan tugas dan fungsi RS. PON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta dibentuk Dewan Pengawas. Susunan Dewan Pengawas sebagai berikut :

Ketua : Dr. Sundoyo, S.H., M.K.M., M. Hum

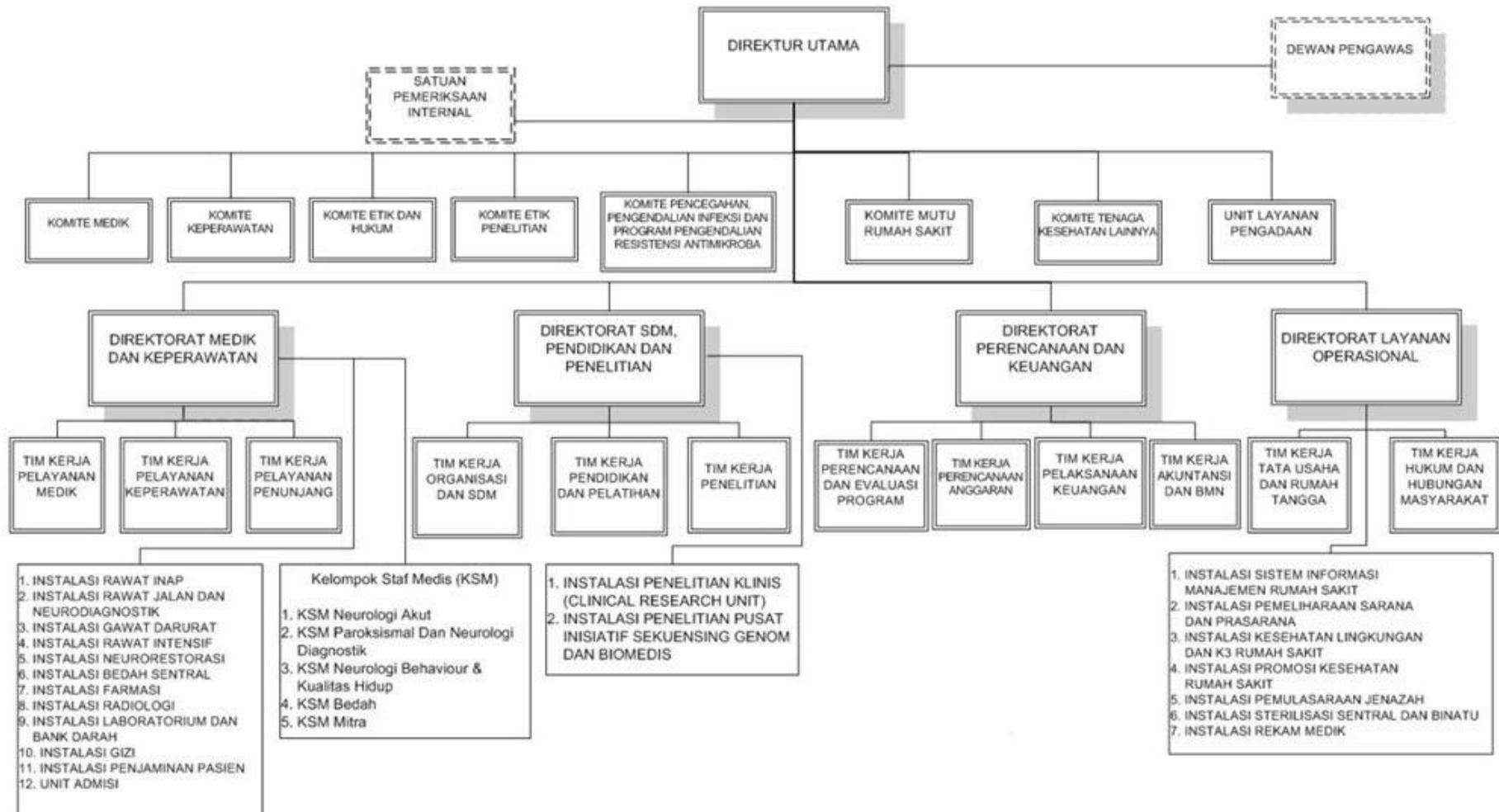
Anggota : 1. Liendha Andajani, S.E., M.Si

2. dr. Nizar Yamanie, Sp.S (K)

3. Robi Toni, S.E., M.M

4. Mochamad Agus Rofiudin, S.Kom., M.M

Gambaran struktur Organisasi RSPON Mahar Mardjomo sebagaimana tertera dalam lampiran Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta Nomor : Hk.02.03/XXXIX/6833/2023 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional PROF. Dr.dr. Mahar Mardjono Jakarta.



Gambar I. 1 Struktur Organisasi RS PON Mahar Mardjono



#### D. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan aset utama dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pendidikan, penelitian, serta fungsi pengampu jejaring di lingkungan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON) Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta. Dalam upaya mewujudkan pelayanan unggulan dan berstandar internasional, pengelolaan SDM di RSPON dilakukan secara strategis dan terintegrasi, melalui pemetaan kebutuhan tenaga, pengembangan kompetensi, serta penguatan sistem manajemen kinerja.

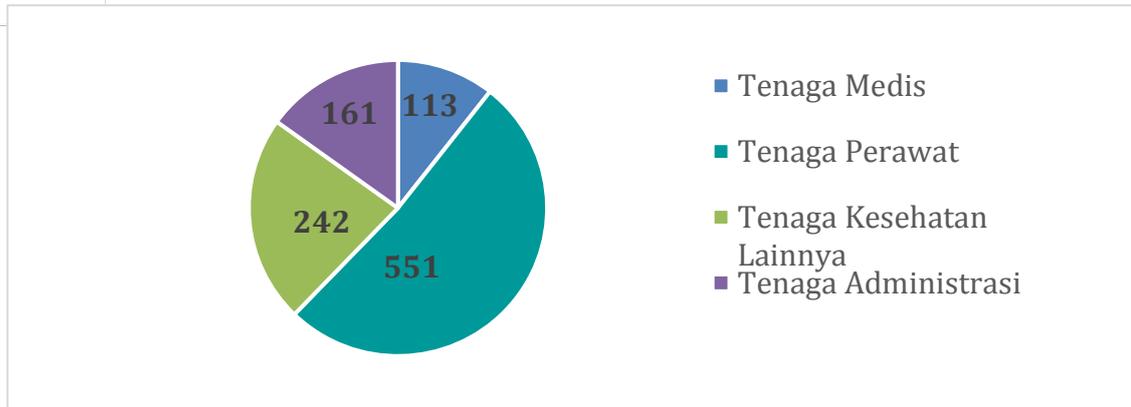
Pada Semester I Tahun 2025, jumlah keseluruhan SDM di RSPON Mahar Mardjono sebanyak **1.067 pegawai**, yang terdiri dari Aparatur Sipil Negara (ASN) dan Non ASN, dengan komposisi dan distribusi berdasarkan profesi sebagai berikut:

Tabel I.1 Rekapitulasi SDM RSPON Semester I Tahun 2025

NO	TENAGA	PNS	CPNS	PPPK	NON PNS TETAP	NON PNS KONTRAK	KONTRAK KERJASAMA	MITRA	JUMLAH
1	Tenaga Medis	69	5	13	1	7	7	11	113
2	Tenaga Perawat	416	0	84	7	3	0	41	551
3	Tenaga Kesehatan Lainnya	139	15	31	6	35	0	16	242
4	Tenaga Administrasi	72	0	10	26	44	7	2	161
<b>TOTAL</b>		<b>696</b>	<b>20</b>	<b>138</b>	<b>40</b>	<b>89</b>	<b>14</b>	<b>70</b>	<b>1067</b>
<b>PERSENTASE</b>		<b>65%</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>4%</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>7%</b>	<b>100%</b>

#### Keterangan :

1. Komposisi ASN adalah **80%**, sedangkan Non ASN sebesar **20%**;
2. Perawat merupakan kelompok terbesar (lebih dari separuh populasi SDM); dan
3. RSPON terus mengembangkan kualitas SDM melalui pelatihan internal, kerjasama pendidikan dan program pengembangan kompetensi berbasis kebutuhan layanan unggulan *neurologi*.



Gambar I. 2 Rekapitulasi *Cluster* Jumlah Tenaga SDM Tahun 2025

### E. Isu Strategis

Dalam menyusun strategi dan arah kebijakan pembangunan kesehatan, termasuk perencanaan dan penguatan kinerja rumah sakit vertikal, penting untuk mengidentifikasi isu-isu strategis yang akan dihadapi pada periode 2025. Isu strategis ini merupakan hasil analisis terhadap berbagai tantangan internal dan eksternal yang berpengaruh terhadap pencapaian tujuan RSPON Mahar Mardjono sebagai rumah sakit rujukan nasional bidang otak dan persarafan.

Beberapa isu strategis yang relevan antara lain sebagai berikut:

1. Ketimpangan antara angka harapan hidup dan angka harapan hidup sehat, yang menunjukkan bahwa masyarakat Indonesia hidup dalam kondisi kurang sehat di usia tua.
2. Kebutuhan perluasan akses terhadap layanan stroke dan penyakit saraf lainnya di tingkat kabupaten/kota yang belum merata, sehingga memerlukan penguatan jejaring pengampunan nasional.
3. Kesenjangan mutu pelayanan rumah sakit, terutama pada aspek layanan neurointervensi, neurointensif dan *neurorehabilitasi* yang masih terkonsentrasi di pusat-pusat kota besar.
4. Transformasi *digital* rumah sakit yang masih menghadapi tantangan infrastruktur dan kompetensi SDM, sehingga perlu percepatan implementasi sistem informasi terintegrasi.



5. Rendahnya *rasio* tenaga dokter *spesialis neurologi* dan bedah saraf terhadap jumlah penduduk, yang membutuhkan intervensi kebijakan pendidikan spesialis berbasis rumah sakit.
6. Tantangan dalam peningkatan pendapatan non-JKN yang masih menjadi kendala dalam upaya kemandirian keuangan BLU rumah sakit vertikal.
7. Meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif akibat perubahan pola hidup dan penuaan penduduk yang membutuhkan peningkatan kapasitas layanan rehabilitasi dan pencegahan.

Sebagai rumah sakit *vertikal* dengan mandat nasional, RSPON memiliki peran strategis dalam memperkuat sistem layanan kesehatan otak dan persarafan di Indonesia. Rumah sakit ini juga diharapkan menjadi pionir dalam pemanfaatan teknologi kedokteran terkini, pusat rujukan ilmu pengetahuan, dan pelopor dalam riset neurosains di kawasan Asia. Dalam rangka mendukung transformasi sistem kesehatan nasional yang berkeadilan, efektif, efisien dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat, RSPON Mahar Mardjono mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan nasional dengan memainkan peran strategis, sebagai berikut :

1. Rumah sakit rujukan nasional dan regional di bidang otak dan persarafan;
2. Koordinator jejaring layanan *stroke* nasional;
3. Fasilitator transformasi layanan melalui pemanfaatan teknologi *digital* dan pendekatan berbasis data;
4. Penggerak pendidikan kedokteran berbasis rumah sakit sebagai pusat pengembangan kompetensi klinis dan penelitian translasi bidang *neurologi*.
5. Menjadi pusat riset translasional dan pengembangan teknologi pelayanan kesehatan berbasis *neurosains*;
6. Mendukung transformasi kesehatan melalui digitalisasi layanan dan tata kelola berbasis data.



Dengan mempertimbangkan keseluruhan dinamika tersebut, Laporan Kinerja Semester I Tahun 2025 ini disusun untuk menggambarkan secara utuh perkembangan kinerja RSPON dalam menjawab tuntutan pelayanan kesehatan spesialis serta sebagai bahan evaluasi dalam upaya perbaikan berkelanjutan menuju pencapaian visi sebagai pusat unggulan otak dan persarafan di level Asia pada tahun 2029.

## **F. Sistematika Penulisan**

Ruang lingkup Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono Semester 1 Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

### **Bab I. Pendahuluan**

Pada bab ini menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, maksud dan tujuan penulisan laporan, tugas pokok, fungsi dan struktur organisasi, Sumber Daya Manusia, peran strategis RSPON, dan sistematika penulisan pelaporan.

### **Bab II. Perencanaan Kinerja**

Dalam bab ini dipaparkan mengenai ringkasan atau ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2025.

### **Bab III. Akuntabilitas Kinerja**

Pada bab ini menguraikan pencapaian sasaran-sasaran kegiatan dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Dalam bab ini juga disajikan mengenai kinerja pelayanan, sumber daya sarana dan prasarana, sumber daya keuangan dan analisis efisiensi penggunaan sumber daya yang dimiliki oleh RSPON Mahar Mardjono selama Semester 1 Tahun 2025.

### **Bab IV. Penutup**

Pada bagian ini berisi penjelasan singkat mengenai pembahasan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Mahar Mardjono Semester 1 Tahun 2025 yang telah diuraikan pada bagian/bab sebelumnya.



## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

#### A. Rencana Strategis RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON) Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta memiliki Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan tata kelola manajemen dan pencapaian visi serta misi organisasi. RSB ini disusun dengan mempertimbangkan dan menyeimbangkan keahlian sumber daya manusia serta sumber daya lainnya agar mampu menjawab tuntutan perkembangan lingkungan strategis di segala aspek, sambil tetap memperhatikan dan mendukung tatanan sistem kesehatan nasional.

Berikut adalah ringkasan rencana strategis RSPON, antara lain :

##### **Visi :**

***“Menjadi Rumah Sakit yang Memiliki Pelayanan Otak dan Persarafan Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan Berkelanjutan.”***

Bahwa RSPON bertujuan menjadi pusat rujukan nasional dalam penanganan khusus kesehatan otak dan saraf, serta sebagai *pilot project* dalam pelayanan khusus kesehatan otak dan saraf yang benar. RSPON juga diharapkan menjadi salah satu rumah sakit unggulan di bidang otak dan persarafan tingkat Asia baik dari sudut pelayanan, pendidikan, maupun riset.

##### **Misi :**

1. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan otak dan persarafan dan fasilitas pendukung;
2. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja;
3. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standardisasi pelayanan otak dan persarafan;
4. Meningkatkan tata kelola Rumah Sakit melalui digitalisasi sistem pelayanan;
5. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan jejaring dan kapabilitas layanan otak dan persarafan secara nasional; dan



6. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian otak dan persarafan yang berkualitas, inovatif dan implikatif.

RSPON Mahar Mardjono memiliki 3(tiga) tugas utama sebagai penyedia layanan kesehatan di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan yang ditetapkan dalam 3 (tiga) pilar sebagai dasar transformasi RS Vertikal, yaitu:

1. Rumah Sakit dengan layanan otak dan persarafan yang unggul di Asia;
2. Pengampu Nasional dalam layanan otak dan persarafan; dan
3. Penggerak Pendidikan, Penelitian, dan Pelatihan pelayanan otak dan persarafan di Asia.

Tugas Pokok dan Fungsi RSPON Mahar Mardjono Jakarta, berkaitan dengan kedudukan dan status organisasi RSPON, yaitu:

1. BLU RSPON sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan;
2. BLU RSPON sebagai Rumah Sakit Badan Layanan Umum; dan
3. BLU RSPON sebagai Rumah Sakit Pendidikan.

Target Rencana strategi bisnis RSPON Tahun 2025 s.d 2029 sebagaimana dirumuskan pada tujuan yang ingin dicapai RSPON adalah “Menjadi pusat layanan, pengampuan, pendidikan dan penelitian bidang otak dan persarafan yang terjangkau dan berstandar internasional” yang selaras dengan 3 pilar transformasi RSV, target tersebut di formulasikan menjadi 10 Sasaran Strategis yaitu:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia;
2. Terwujudnya penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas;
3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan 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; dan
10. Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.



Adapun Sasaran strategis, indikator kinerja, serta target indikator kinerja sasaran strategis tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel II. 1 Matriks Perencanaan Kinerja Tahun 2025

NO	SASARAN PROGRAM	NAMA INDIKATOR	TARGET
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	80
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target	≥ 50%
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	≥ 2%
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	≥ 25%
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	≥ Level 3
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	≥ 70%
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates &lt;1,0‰</i>	100%
		a. CAUTI ( <i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i> ) <1,0‰	
		b. VAP ( <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> ) 1,0‰	
		c. CLABSI ( <i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i> ) < 1,0‰	
		d. SSI ( <i>Surgical Site Infection</i> ) < 1,0%	
		Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai	80%
		a. Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%)	80%
		b. Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena (>80%)	80%
c. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari (>80%)	80%		
d. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup (>90%)	90%		
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%
9	Terwujudnya SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	77
		<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	70%
10	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	EBITDA Margin	10%

## B. Perjanjian Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL  
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Pusat Otak Nasional  
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., SKM., MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

<p>Pihak Kedua,</p>  <p><b>dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS</b> NIP 197106262000031002</p>	<p>Jakarta, 2 Januari 2025</p> <p>Pihak Pertama,</p>  <p><b>dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS</b> NIP 197210072001122005</p>
--	--

Dokumen ini telah difasilitasi secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik, Evaluasi (BPS) - Badan Siber dan Sandi Negara

**Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Tahun 2025**

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL**  
**Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA**

A. Indikator Kinerja Utama (RSB)

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	80
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu sesuai Target	50%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	2%
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	25%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	3
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates A: CAUTI B: VAP C: CLABSI D: SSI	A. <1,0 ‰ B. <1,0 ‰ C. <1,0 ‰ D. <1,0 ‰
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai a. Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%) b. Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena (>80%) c. Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari (>80%) d. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup (>90%)	>80%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	77
		11. <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA <i>Margin</i> (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%

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

B. Indikator Direktif

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

<b>Target Pendapatan PNBP</b>	<b>Rp. 555.000.000.000,-</b>
<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>
1. Program Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis	Rp. 531.024.996.000,-
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 49.121.648.000,-
<b>Total</b>	<b>Rp. 580.146.644.000,-</b>

Pihak Kedua,	Jakarta, 2 Januari 2025
	
<b>dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS</b> NIP 197106262000031002	<b>dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., MARS</b> NIP 197210072001122005

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Penyelenggara Sertifikasi Elektronik (BPS-E) Sistem Sertifikasi Elektronik

RSPON Mahar Mardjono juga merupakan Instansi pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomor: 48/KMK.05/2021 tanggal 3 Februari 2021 tentang Penetapan Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. Mahar Mardjono Jakarta pada Kementerian Kesehatan Sebagai Instansi Pemerintah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Oleh karena itu, RSPON Mahar Mardjono juga menjalankan Rencana Kerja Tahunan untuk



memenuhi kinerja yang diwajibkan sebagai Instansi BLU, diantaranya Indikator Kinerja Tahunan (IKT) dan Tingkat Maturitas Badan Layanan Umum (BLU) yang penilaiannya sesuai Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan Nomor Per-11/PB/2021 Tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola Dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum, dengan perincian sebagai berikut:

Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2025

No.	Indikator Kinerja	Target Kinerja 2025
		Januari s.d. Desember
<b>Aspek Keuangan</b>		
1.	Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan	≥90%
2.	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	≤50%
3.	<i>Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin</i>	≥10%
4.	Akurasi Proyeksi Pendapatan dan Belanja BLU	Indeks 3,5
5.	Rasio beban persediaan farmasi terhadap pendapatan operasional	≤25%
6.	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang	≤40 hari
7.	Porsi pendapatan non JKN terhadap pendapatan operasional	≥15%
8.	Implementasi pola remunerasi	100%
9.	Implementasi pola tarif	100%
10.	Kelengkapan pengisian aplikasi BIOS	100%
<b>Aspek Layanan</b>		
11.	Indeks pertumbuhan layanan BLU	Indeks 3
12.	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
13.	Persentase pengguna pendaftaran <i>online</i> pasien rawat jalan	≥70%
14.	Integrasi Rekam Medis Elektronik dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT	100%
15.	Persentase Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 menit	≥80%
16.	Persentase Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	≥80%



## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

#### A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja

Pengukuran kinerja dilakukan untuk tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSPON Mahar Mardjono selama Periode semester 1 Tahun 2025.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana capaian (target) pada setiap indikator kegiatan dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut dapat diperoleh informasi pencapaian indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang, agar setiap program/kegiatan yang direncanakan kedepan dapat lebih berhasil dan berdayaguna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSPON Mahar Mardjono, khususnya dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis. Manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi organisasi dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Indikator Kinerja Utama di Perjanjian Kinerja. Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSPON dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu satu tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan.

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



## SASARAN STRATEGIS 1: Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia

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

*Customer Satisfaction Score* (CSAT) merupakan metode yang digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit. Skor diperoleh melalui survey yang meminta pasien untuk menilai pengalaman mereka dalam skala tertentu, dengan metode pelaksanaan survey mengikuti teknik kuesioner dengan tatap muka, wawancara, atau survey secara elektronik (e-survey).

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 survey 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 yang bertujuan untuk mengukur kepuasan dan mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga pasien akan pelayanan publik terutama unsur layanan yang perlu ditingkatkan serta dipertahankan atau perlu diperbaiki kinerjanya, baik kinerja secara keseluruhan maupun kinerja tiap unit layanan publik serta sebagai bahan dalam penetapan kebijakan terkait dengan peningkatan kualitas pelayanan publik di RSPON Mahar Mardjono.

Survei kepuasan pelanggan diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Penyelenggara Pelayanan Publik. Pengukuran respon survei menggunakan *Skala Likert*, yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi responden terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit dan dilakukan oleh pihak eksternal.



## a. Pencapaian

Tabel III. 1 Capaian IKU: CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

Indikator Kinerja	2024			2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Permenpan no.14 th.2017	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	86	90,46	105%	<b>80</b>	<b>92,31</b>	<b>115,4%</b>	90	102,6%	76,61	120,5%

Realisasi kinerja survey kepuasan pelanggan semester 1 sebesar 92,31 termasuk kedalam kategori A yaitu sangat baik, realisasi tersebut telah melebihi dari target yang telah ditetapkan di tahun 2025 yaitu sebesar 80 sehingga persentase capaian sebesar 115,4%, lebih besar jika dibandingkan dengan tingkat pencapaian tahun 2024. Apabila realisasi semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah berdasarkan target RSB di tahun 2029 sebesar 90 maka diperoleh persentase capaian sebesar 102,6% dan jika dibandingkan dengan standar nasional sesuai dengan Permenpan no.14 tahun 2017 dengan target 76,61, maka diperoleh persentase capaian sebesar 120,5%.

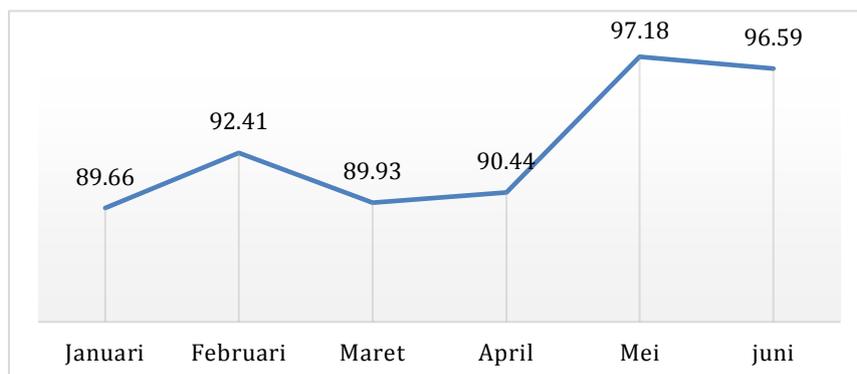
Pelaksanaan kegiatan survei mencakup pasien dan keluarga pasien dilakukan di beberapa unit layanan dengan jumlah sampling sesuai ketentuan. Area unit pelayanan yang mengikuti survei meliputi Instalasi Rawat Inap (Instalasi Rawat Inap dan Intensive Care (HCU, ICU, SCU)), Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik Neurologi, Poliklinik Non Neurologi, Poliklinik Eksekutif, Neurodiagnostik, dan Neurorestorasi), Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, dan Unit Pendaftaran.

Tabel III. 2 Rincian Perhitungan Survey Kepuasan Pelanggan Semester 1 th. 2025

No	Unsur Pelayanan	Januari	Februari	Maret	Triwulan I	April	Mei	Juni	Triwulan II	Semester I
1	Persyaratan administrasi untuk mendapat pelayanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	86,50	89,00	91,50	89,00	91,00	99,00	100,00	96,67	92,83
2	Kemudahan akses dalam mendapatkan pelayanan	88,00	89,00	92,50	89,83	90,50	99,50	100,00	96,67	93,25
3	Kecepatan waktu (waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan) dalam memberikan pelayanan	85,50	89,00	92,00	88,83	81,50	99,50	100,00	93,67	91,25
4	Kewajaran biaya dalam mendapatkan pelayanan	89,29	100,00	100,00	94,64	90,00	100,00	100,00	95,00	94,79
5	Kesesuaian informasi pelayanan antara yang dijelaskan oleh petugas dengan yang diterima	88,50	88,50	91,50	89,50	95,00	100,00	100,00	98,33	93,92
6	Kemampuan/ keterampilan petugas (dokter, tenaga medis dan petugas RS lainnya) dalam memberikan pelayanan	88,50	89,00	92,50	90,00	96,50	99,00	100,00	98,50	94,25
7	Sikap petugas (sopan, ramah, tanggap, dll) dalam memberikan pelayanan	90,00	89,00	92,00	90,33	97,00	99,00	100,00	98,67	94,50
8	Penanganan keluhan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	100,00	89,00	96,50	95,17	100,00	98,50	99,50	99,08	96,82
9	Sarana dan Prasarana	84,33	87,92	89,33	87,33	84,64	91,50	87,50	88,25	87,63
<b>Total Indeks Kepuasan</b>		<b>88,12</b>	<b>89,66</b>	<b>92,41</b>	<b>89,93</b>	<b>90,44</b>	<b>97,18</b>	<b>96,59</b>	<b>94,64</b>	<b>92,31</b>
<b>Kategori Kinerja Pelayanan</b>		<b>B</b>	<b>A</b>							

**Key Takeaways:**

- Sepanjang periode Semester I nilai IKM hampir selalu masuk dalam kategori A, kecuali pada bulan Januari masuk dalam kategori B
- Unsur sarana dan prasarana mendapatkan indeks kepuasan paling rendah diantara unsur lainnya sepanjang Semester I



Gambar III. 1 Grafik Skor Survey Kepuasan Pelanggan Semester 1 th.2025

Dari grafik diatas skor kepuasan pelanggan dari bulan januari sampai juni tahun 2025 menunjukkan angka yang fluktuatif namun masih memenuhi target yang ditetapkan. Capaian indikator skor kepuasan pelanggan cenderung mengalami peningkatan dari tahun ketahun, hal tersebut dikarenakan RSPON selalu melakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepuasan pelanggan dengan melakukan berbagai cara, antara lain;

- Melakukan tindak lanjut secara terus menerus atas unsur layanan yang menjadi ketidakpuasan dari pasien atas pelayanan yang diberikan
- Memberikan kemudahan mendapatkan pelayanan dan kecepatan waktu dengan adanya pendaftaran online
- Menerapkan 5 S (Senyum, Salam, Sapa, Sopan, dan Santun) untuk semua pegawai RSPON terutama unit pelayanan



- Melakukan monitoring dan evaluasi hasil survei dan segera menindaklanjuti saran masukan dari pasien dan keluarga kepada instalasi/ bidang/ bagian yang terkait
- Pemeliharaan sarana dan prasarana seperti toilet, taman, ruang tunggu dan memastikan bahwa fasilitas yang ada tetap dalam kondisi optimal
- Terkait antrian pintu masuk dengan percepatan drop off oleh petugas satpam dan mengatur lalu lintas jalan MT haryono serta mempermudah pembayaran dengan sistem cashless
- Pengaturan parkir paralel dengan pemantauan pengelola parkir
- memfasilitasi kemudahan pengisian survei dengan menyediakan alat elektronik berupa Tablet dan memasang Scan QR pada poster-poster yang dipasang di area pelayanan

Capaian hasil survei semester 1 merupakan hasil survey yang dilakukan oleh pihak internal yang dilakukan secara periodik, tiap 1 (satu) bulan menggunakan pendekatan kualitatif dengan pengukuran skala Likert. Untuk Skor Kepuasan Pelanggan yang dilakukan oleh pihak eksternal akan diperoleh pada akhir tahun 2025. Sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 RSPON telah bekerjasama dengan lembaga eksternal untuk melakukan survei kepuasan masyarakat yang dilakukan minimal satu tahun sekali. Untuk hasil survei tahun 2024 yang dilakukan oleh pihak eksternal dari Lembaga survey Iconesia mendapatkan hasil 89.79, hasil tersebut termasuk kedalam kategori A yaitu sangat baik.

b. Kendala yang dihadapi

Selama kegiatan dalam pencapaian terdapat beberapa kendala yang dihadapi, seperti;

- Terdapat penurunan jumlah responden dari beberapa unit layanan yang disebabkan karena menurunnya jumlah kunjungan pasien pada hari libur
- Adanya kejenuhan pasien dalam mengisi survei kepuasan yang berulang



c. Upaya Tindak Lanjut

Beberapa upaya yang dilakukan terhadap kendala yang dihadapi yakni;

- Menyampaikan kepada unit pelayanan terkait untuk dilakukan peningkatan jumlah responden
- Hasil survei yang dilakukan sebagai masukan dari pasien dan keluarga pasien disampaikan kepada direksi dan satuan kerja terkait untuk dapat dilakukan perbaikan pelayanan

## **SASARAN STRATEGIS 2: Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampuan Nasional Untuk Penyakit Prioritas**

### **IKU 2. Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target**

Penyelenggaraan pengampuan nasional untuk penyakit prioritas adalah bentuk upaya Kementerian Kesehatan (Kemenkes) untuk meningkatkan mutu dan akses pelayanan kesehatan pada penyakit Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak (KJSU-KIA) yang dianggap sebagai penyakit prioritas melalui pembentukan jejaring antar rumah sakit. Program ini bertujuan untuk mempercepat perbaikan layanan kesehatan dengan melibatkan rumah sakit pengampu dan rumah sakit yang diampu.

Rumah sakit pengampu bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan, pembinaan, dan supervisi kepada rumah sakit lain di wilayahnya terkait KJSU-KIA. Keputusan yang menetapkan rumah sakit tertentu sebagai pengampu (penanggung jawab) untuk pelayanan KJSU-KIA di wilayah regional diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 Tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Urologi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

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



menciptakan jejaring pelayanan kesehatan yang kuat antar rumah sakit di tingkat regional.

Rumus yang digunakan untuk mengukur keberhasilan sebagai berikut:

(jumlah rumah sakit yang berhasil diampu / jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu) x 100%.

a. Pencapaian

Tabel III. 3 Capaian IKU: Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai Target

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target	50%	45,71%	91,4%	80%	57,14%	100%	45,71%

Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono Jakarta sebagai Pusat Rujukan Nasional Penyakit Otak dan Sistem Persyarafan bahwa tugas RSPON selain Memberikan pelayanan penyakit otak dan Sistem Persyarafan juga melakukan pengampuan terhadap rumah sakit jejaring yang memberikan pelayanan penyakit otak dan sistem persarafan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 RSPON ditetapkan sebagai rumah sakit koordinator jejaring pengampuan layanan Stroke memiliki target rumah sakit yang diampu sebanyak 571 rumah sakit yang merupakan rumah sakit dibawah naungan Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan) dan Pemerintah Daerah yang tersebar di 38 Provinsi di Indonesia.

Dari tabel realisasi diatas menunjukkan bahwa capaian indikator Pencapaian Lokasi yang dikelola/ diampu sesuai target sebesar 45.71% dari target tahun 2025 sebesar 50%, persentase tersebut diperoleh dari 261 rumah sakit yang berhasil diampu dibandingkan dengan 571 rumah sakit yang seharusnya diampu x 100%.



Total 261 rumah sakit yang sudah diampu merupakan jumlah akumulasi dari:

- 247 rumah sakit yang sudah diampu sampai dengan tahun 2024
- 14 rumah sakit yang diampu sampai dengan semester 1 tahun 2025

Untuk mencapai target lokus yang diampu ditahun 2025 yaitu sebanyak 286 rumah sakit, sehingga masih ada 25 rumah sakit yang harus diampu agar mencapai target 50%.

IKU Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target, merupakan IKU yang baru diukur pada tahun 2025, akan tetapi pelaksanaan pengampunan *stroke* telah dilakukan oleh RSPON sebagai RS Pengampu *Stroke* telah dilakukan semenjak tahun 2023. Perbandingan capaian lokus semester 1 dengan program jangka menengah berdasarkan target RSB tahun 2029 adalah sebesar 57.14% dari target 80%, sedangkan jika dibandingkan dengan standar nasional sebagaimana target lokus yang ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 sebesar 100%, Tingkat pencapaian sebesar 45,71%.

Realisasi capaian semester 1 tahun 2025 diperoleh dari pencapaian lokus yang diakumulasi dari tahun 2023 sampai dengan semester 1 tahun 2025, dengan kegiatan pengampunan tidak hanya diikuti oleh rumah sakit yang menjadi target lokus RSPON tetapi juga diikuti oleh berbagai rumah sakit swasta.

Berikut berbagai yang sudah dilakukan RSPON untuk pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target diantaranya melakukan Koordinasi dengan Direktorat Pelayanan Klinis terkait Anggaran SIHREN TA 2025, melakukan Koordinasi dengan 13 Rumah Sakit Pengampu Regional terkait rencana kegiatan pengampunan, melakukan koordinasi dengan Tim Anggaran SIHREN dan Rumah Sakit Pengampu Regional terkait alur klaim kegiatan.



Berikut ini adalah jenis kegiatan pengampuan yang dilakukan RSPON:

- *Proctorship Clipping*
- *Proctorship Trombektomi*
- *Workshop Code Stroke & Trombolisis*
- *Workshop Bypass*
- *Pelatihan Askep Stroke*
- *Pelatihan Intraoperatif BS*
- *Pelatihan TOT Neurosains*
- *Proctorship Coiling*
- *Proctorship Bypass*
- *Workshop Trombektomi & Coiling*
- *Pelatihan BNLS*
- *Pelatihan Neurointervensi*
- *Pelatihan Code Stroke*

b. Kendala yang dihadapi

Adapun kendala yang dihadapi dalam kegiatan pengampuan, diantaranya:

- Masih banyak RS yang diampu yang belum memiliki kelengkapan secara SDM, Alkes serta Sarana dan prasarana
- Adanya efisiensi menyebabkan pembiayaan pengampuan yang menjadi terbatas karena sebagian anggaran diblokir
- administrasi klaim pembiayaan masih belum efisien
- Pengampu regional masih banyak yang belum aktif dalam melakukan koordinasi dengan rumah sakit yang diampu

c. Upaya Tindak Lanjut

- Terus melakukan berkoordinasi dengan Dit. Yanklin, Kolegium, Perhimpunan, dan direktorat lain terkait pemenuhan SDM, Alkes dan Sarana dan prasarana
- Melakukan upaya optimalisasi pembagian kegiatan ke Pengampu Regional
- koordinasi dengan PIC SIHREN terkait administrasi klaim pembiayaan
- memberi dukungan kepada rumah sakit pengampu regional untuk aktif dalam kegiatan pengampuan dan menjalin komunikasi yang baik dengan rumah sakit yang diampu, serta pihak-pihak terkait seperti dinas kesehatan setempat dan Kementerian Kesehatan.



### **SASARAN PROGRAM 3: Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian Yang Berkesinambungan**

#### **IKU 3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian**

Penelitian berkesinambungan atau berkelanjutan di rumah sakit pendidikan memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, pendidikan tenaga medis, dan pengembangan ilmu pengetahuan. Dalam ini ini mencakup berbagai aspek, mulai dari penelitian klinis hingga penelitian operasional rumah sakit yang semuanya bertujuan untuk kemajuan di bidang kesehatan. Dengan penelitian berkelanjutan, rumah sakit pendidikan dapat berkontribusi signifikan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, mencetak tenaga kesehatan yang berkualitas, serta pengembangan kebijakan kesehatan.

Penelitian Berkelanjutan membutuhkan beberapa hal penting sebagai berikut:

- **Pendanaan:**

Pemerintah dan pihak swasta perlu menyediakan dana yang cukup untuk mendukung kegiatan penelitian di rumah sakit pendidikan.

- **Infrastruktur:**

Rumah sakit perlu menyediakan fasilitas dan peralatan yang memadai untuk mendukung penelitian.

- **Sumber Daya Manusia:**

Rumah sakit perlu merekrut dan melatih peneliti yang berkualitas.

- **Kerjasama:**

Rumah sakit perlu menjalin kerjasama dengan berbagai pihak, seperti universitas, lembaga penelitian, dan industri kesehatan.

Dari pernyataan diatas diketahui bahwa faktor utama penelitian berkelanjutan adalah Pendanaan, hal ini dikarenakan Penelitian membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Pendapatan penelitian yang berasal dari berbagai sumber, termasuk dana pemerintah, hibah penelitian, dan pendapatan operasional rumah sakit, dapat memberikan stabilitas finansial yang diperlukan untuk menjalankan penelitian secara teratur dan berkelanjutan. Dengan demikian ditetapkanlah target



pendapatan dari penelitian untuk semua rumah sakit pendidikan sebesar 2% sebagaimana tercantum pada UU Nomor 17 Tahun 2023.

a. Pencapaian

Tabel III. 4 Capaian IKU: Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	2%	1,10%	55%	2%	55%

Realisasi kinerja semester 1 tahun 2025 untuk indikator Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian adalah 1,10% yang berarti belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 2% sehingga persentase realisasi sebesar 55%. indikator target pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian untuk target jangka menengah sebagaimana terdapat dalam RSB tahun 2029 sebesar 2%, sehingga persentase capaian semester 1 apabila dibandingkan dengan periode tahun Terakhir rencana jangka menengah (tahun 2029) diperoleh nilai yang sama, yaitu 55%.

IKU Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian merupakan IKU yang baru dilaksanakan ditahun 2025 dan saat ini belum diperoleh referensi standar nasional yang dapat dijadikan pembandingan terhadap capaian IKU tersebut

b. Kendala yang dihadapi

Proyeksi pemasukan terbesar penelitian adalah kerjasama dengan CRO, sementara itu penelitian kerjasama tersebut masih dalam proses penajakan

c. Upaya Tindak Lanjut

Memaksimalkan serta mengoptimalkan proses penajakan pada kerjasama penelitian



## SASARAN PROGRAM 4: Terwujudnya Sistem IT Dan Teknologi Kesehatan Yang Andal

### IKU 4. Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan

IHS (*Integrated Hospital System*) adalah sebuah sistem terintegrasi yang dirancang untuk menghubungkan berbagai aplikasi dan layanan kesehatan di suatu rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Tujuannya adalah untuk meningkatkan efisiensi operasional, pelayanan pasien, dan pengambilan keputusan medis dengan menyediakan akses data yang terpadu dan *real-time*.

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan *Back Office*.

Berikut ini cakupan untuk mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi:

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

Formula perhitungan % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) sebagai berikut:  $(\Sigma (AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW))$

\* W = weight/bobot

- Pencapaian

Tabel III. 5 Capaian IKU: Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	≥ 25%	44,00%	176,00%	100%	44,00%



Realisasi kinerja semester 1 tahun 2025 untuk indikator Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan adalah 44% yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 25% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 176%. Sementara itu capaian semester 1 tahun 2025 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana dalam RSB untuk target tahun 2029 adalah sebesar 44%.

IKU Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan merupakan IKU yang baru diukur ditahun 2025, dan saat ini belum diperoleh referensi standar nasional yang dapat dijadikan pembandingan terhadap capaian IKU tersebut

Berikut rincian perhitungan capaian HIS semester 1 tahun 2025 sesuai dengan rumus yang sudah ditetapkan:

Tabel III. 6 Perhitungan Capaian HIS Semester 1 tahun 2025

Cakupan (HIS) Terintegrasi		Bobot	Capaian	Jumlah
A	Persentase integrasi RME ke SatuSehat	20%	100%	20%
B	Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS	20%	87%	17%
C	Persentase integrasi sistem inventory2	20%	4%	1%
D	Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS	20%	25%	5%
E	Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS	20%	5%	1%
<b>Total Capaian</b>				<b>44%</b>

b. Kendala yang dihadapi

Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut

c. Upaya Tindak lanjut

Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU



## SASARAN PROGRAM 5: Terwujudnya Tata Kelola Yang Bersih Dan Akuntabel

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

Skor BLU *Maturity Rating* adalah ukuran yang digunakan untuk menilai tingkat maturitas Badan Layanan Umum (BLU) dalam pengelolaan organisasinya. Skor ini mencerminkan kemampuan BLU dalam menjalankan tugas dan fungsinya, serta mengelola sumber daya yang dimilikinya secara efektif dan efisien. Penilaian ini mencakup berbagai aspek, yang dibagi menjadi dua kategori utama yakni *result based* (berorientasi pada hasil) dan *process based* (berorientasi pada proses). *Maturity Rating* pada BLU bertujuan untuk mengukur tingkat maturitas BLU dalam berbagai aspek tata kelola, termasuk keuangan, pelayanan, dan operasional. RSPON sebagai RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021.

#### a. Pencapaian

Tabel III. 7 Capaian IKU: Skor BLU *Maturity Rating*

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 3	Level 4	133%	Level 4	100%	Level 3	133%

Realisasi Kinerja Semester 1 pada indikator Skor BLU *Maturity Rating* berada pada level 4 dengan nilai sebesar sebesar 4.23 yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu Level 3 sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 133%. Apabila realisasi semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana target RSB tahun 2029 yakni pada level 4 maka capaiannya sebesar 100%, sedangkan perbandingan realisasi dengan standar nasional sebagaimana dalam Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021, tingkat persentasi capaian sebesar 133%.



IKU Skor BLU *Maturity Rating* merupakan IKU yang baru dinilai ditahun 2025, akan tetapi telah dilaksanakan dan dinilai semenjak tahun 2023, skor BLU *Maturity Rating* tahun 2024 terdapat pada level 3.

Penilaian *maturity rating* tahun 2025 dilakukan berdasarkan kinerja tahun 2024 sebagai capaian semester 1 tahun 2025 diperoleh atas audit kinerja oleh KAP Hendrawinata Hanny Erwin & Sumargo (Kreston) berdasarkan PMK Nomor 202/PMK.05/2022 dan PER-11/PB/2021. Penilaian ini dilakukan melalui pendekatan *self-assessment* dengan menggunakan "*Maturity Rating*". Hasil penilaian tersebut akan dimasukkan kedalam aplikasi BIOS yang dikembangkan oleh Kementerian Keuangan yang nantinya akan di nilai dan ditetapkan oleh PPKBLU Kementerian Keuangan, dimana hasil tersebut akan dijadikan capaian untuk tahun 2025.

Penilaian *Maturity Rating* BLU ini mengacu pada kerangka kerja yang terdiri atas lima maturitas (*Initial, Managed, Defined, Predictable, dan Optimizing*), serta mempertimbangkan dua pendekatan evaluasi: *result based* dan *process-based*.

Capaian yang menempatkan RSPON pada level 4 (*Predictable*) menunjukkan bahwa RSPON mampu mendefinisikan, mengendalikan dan memprediksi proses untuk menjaga kualitas layanan maupun output yang diberikan kepada publik. Adanya peningkatan skor dari tahun 2023 sebesar 3,84 oleh PPK-BLU mencerminkan perbaikan yang signifikan, khususnya dalam aspek kapabilitas internal, inovasi, pelayanan, serta pengelolaan lingkungan. Nilai ini juga mengindikasikan komitmen RSPON terhadap peningkatan berkelanjutan dan penguatan peran sebagai BLU strategis dalam sektor pelayanan kesehatan nasional.



**Kertas Kerja BLU Maturity Rating Assessment Tools and Evaluation**

TINGKAT MATURITAS BLU

4,23

Nama BLU : RSPON Mahar Mardjono Jakarta	Jenis Sub Rumpun : Rumah Sakit
Jenis Rumpun : Kesehatan	Diperiksa oleh : Luthfi
Nomor Dokumen : PR.05.02/D.XXIX/5747/2023	Jabatan - Divisi : Dit. Ppk blu
Dipersiapkan oleh : Ramma Arias	Tanggal Pemeriksaan :
Jabatan - Divisi : Staff Tim Kerja Evapor RSPON	
Tanggal Persiapan :	

RANGKUMAN HASIL PENILAIAN ASPEK MATURITAS BLU

RESULT-BASED

1. KEUANGAN (20%)

1.1 LIKUIDITAS	2,75
1.2 EFISIENSI	5,00
1.3 EFEKTIVITAS	5,00
1.4 TINGKAT KEMANDIRIAN	1,25
<b>MATURITAS ASPEK</b> 3,50	

2. PELAYANAN (25%)

2.1 INDEKS KEPuasan MASYARAKAT	4,00
2.2 EFISIENSI WAKTU PELAYANAN	5,00
2.3 SISTEM PENGADUAN LAYANAN	5,00
2.4 TINGKAT KEBERHASILAN PEMENUHAN LAYANAN	5,00
<b>MATURITAS ASPEK</b> 4,75	

PROCESS-BASED

3. KAPABILITAS INTERNAL (20%)

3.1 SUMBER DAYA MANUSIA	4,00
3.2 PROSES BISNIS	4,00
3.3 TEKNOLOGI	4,00
3.4 CUSTOMER FOCUS	5,00
<b>MATURITAS ASPEK</b> 4,25	

4. TATA KELOLA DAN KEPEMIMPINAN (20%)

4.1 PERENCANAAN STRATEGIS	5,00
4.2 ETIKA BISNIS	3,00
4.3 STAKEHOLDER'S RELATIONSHIP	5,00
4.4 MANAJEMEN RISIKO	5,00
4.5 PENGAWASAN DAN PELAPORAN	5,00
<b>MATURITAS ASPEK</b> 4,60	

5. INOVASI (10%)

5.1 KETERLIBATAN PENGGUNA JASA	2,00
5.2 PROSES INOVASI	4,00
5.3 MANAJEMEN PENGETAHUAN	4,00
5.4 MANAJEMEN PERUBAHAN	3,00
<b>MATURITAS ASPEK</b> 3,25	

6. LINGKUNGAN (5%)

6.1 ENVIRONMENTAL FOOTPRINT MANAGEMENT	5,00
6.2 PENGGUNAAN SUMBER DAYA	5,00
<b>MATURITAS ASPEK</b> 5,00	

BOBOT PERHITUNGAN MATURITAS

1. KEUANGAN	20%	3. KAPABILITAS INTERNAL	20%	5. INOVASI	10%
2. PELAYANAN	25%	4. TATA KELOLA DAN KEPEMIMPINAN	20%	6. LINGKUNGAN	5%

DETAIL PERHITUNGAN MATURITAS

ASPEK	BOBOT PENILAIAN	TINGKAT MATURITAS	TINGKAT MATURITAS BLU
KEUANGAN	20%	3,50	4,23
PELAYANAN	25%	4,75	
KAPABILITAS INTERNAL	20%	4,25	
TATA KELOLA	20%	4,60	
INOVASI	10%	3,25	
LINGKUNGAN	5%	5,00	

Gambar III. 2 Kertas Kerja Penilaian BLU Maturity Rating

- b. Kendala yang dihadapi  
Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut
- c. Upaya Tindak lanjut  
Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU



## SASARAN PROGRAM 6: Terwujudnya Tata Kelola Yang Bersih Dan Akuntabel IKU 6. Bed Occupancy Rate (BOR)

*Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase penggunaan tempat tidur pada satuan waktu tertentu rawat inap rumah sakit. BOR mengindikasikan tingkat pemanfaatan fasilitas tempat tidur rumah sakit, dan nilai idealnya adalah antara 60-85%. BOR merupakan salah satu indikator penting dalam menilai kinerja rumah sakit, karena dapat mencerminkan efisiensi pelayanan, tingkat utilisasi sumber daya, dan kualitas pelayanan yang diberikan.

BOR yang tinggi (dalam rentang ideal) menunjukkan bahwa rumah sakit mampu memanfaatkan tempat tidurnya secara efektif untuk merawat pasien. BOR yang terlalu tinggi dapat menyebabkan beban kerja berlebihan pada tenaga medis dan penurunan kualitas pelayanan. Sebaliknya, BOR yang terlalu rendah bisa menandakan adanya masalah dalam utilisasi sumber daya. Analisis BOR membantu manajemen rumah sakit dalam merencanakan kapasitas tempat tidur, mengoptimalkan sumber daya, dan mengambil keputusan terkait operasional rumah sakit.

Rumus perhitungan BOR adalah:

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

### a. Pencapaian

Tabel III. 8 Capaian IKU: *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	75,69%	108%	70%	108%	60%-85%	126%-89%

Realisasi Kinerja Semester 1 pada indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) sebesar 75,69% yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 70% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 108%. capaian yang sama apabila realisasi semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah



sebagaimana target RSB tahun 2029 karena yaitu 70%. Capaian ini masuk kedalam rentang ideal nilai standar BOR Kementerian Kesehatan antara 60-85% yang merupakan titik keseimbangan antara utilisasi tempat tidur yang efisien dengan kualitas pelayanan yang optimal.

IKU Bed Occupancy Rate (BOR) merupakan indikator yang baru diukur ditahun 2025,

- b. Kendala yang dihadapi  
Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut
- c. Upaya Tindak lanjut  
Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU

## **SASARAN PROGRAM 7: Terwujudnya Mutu Layanan Klinis Yang Baik Dan Konsisten**

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

Tingkat *Healthcare Associated Infections* (HAIs) atau Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan adalah angka yang menunjukkan prevalensi atau kejadian infeksi yang terjadi pada pasien selama mereka menerima perawatan di fasilitas Kesehatan dalam hal ini rumah sakit. Angka ini mengukur seberapa sering infeksi tersebut muncul pada pasien yang dirawat di fasilitas tersebut, dan seringkali digunakan untuk mengevaluasi efektivitas program pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas tersebut. Tingkat HAIs yang tinggi menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan mungkin memiliki masalah dalam pengendalian infeksi, yang dapat menyebabkan pasien mengalami infeksi tambahan, rawat inap lebih lama, dan peningkatan risiko komplikasi dan kematian.

Pengukuran tingkat HAIs biasanya dilakukan melalui surveilans infeksi, yaitu pengumpulan data tentang kejadian infeksi di fasilitas kesehatan secara sistematis. Tujuan dari pengukuran tingkat HAIs adalah untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dalam program pencegahan infeksi, serta untuk memantau efektivitas tindakan yang telah diambil. *Surveillance* HAIs merujuk



kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Adapun menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi dalam pengukuran HAIs Rates sebagai berikut:

- a.  $(\text{jumlah kasus CAUTI1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap}) \times 1.000 \text{ catheter urinary-days}$
- b.  $(\text{jumlah kasus VAP1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian ventilator}) \times 1.000 \text{ ventilator days}$
- c.  $(\text{jumlah kasus CLABSI1} \div \text{jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral}) \times 1.000 \text{ central-days}$
- d.  $(\text{jumlah kasus SSI1} \div \text{jumlah tindakan operasi}) \times 100\%$

*Keterangan:*

- a. CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*)
- b. VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*)
- c. CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*)
- d. SSI (*Surgical Site Infection*)

1= Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

Definisi Operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024

- a. Pencapaian

Tabel III. 9 Capaian IKU: *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Adapun rincian atas hasil capaian *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* yang terdiri atas hasil pengukuran terhadap 4 jenis infeksi yang diukur adalah sebagai berikut:

Tabel III. 10 Rincian Capaian *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*

Indikator Kinerja	Realisasi Smt 1 2025	Tahun 2025		Target Jk Menengah & Standar Nasional	
		Target	% Capaian	Target	% Capaian
<b><i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i></b>	100%	100%	100%	100%	100%
a. CAUTI ( <i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i> )	0,47‰	<1,0‰	212.8%	<1,0‰	212,8%
b. VAP ( <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> )	0,8‰	<1,0‰	125%	<1,0‰	125%
c. CLABSI ( <i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i> )	0,17‰	<1,0‰	588.2%	<1,0‰	588,2%
d. SSI ( <i>Surgical Site Infection</i> )	0%	<1,0%	100%	<1,0%	100%

Capaian kinerja pada indikator *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* semester 1 adalah 100% yang berarti sesuai dengan target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%. Target indikator kinerja HAIs sama selama periode RSB 2025-2029 sehingga persentase capaian semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana dalam RSB pada tahun 2029 juga sebesar 100%, capaian tersebut juga telah sesuai dengan standar nasional sebagaimana terdapat pada Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024.

IKU *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* baru diukur ditahun 2025, akan tetapi kegiatannya telah dilaksanakan pada tahun 2024



b. Kendala yang dihadapi

Terdapat kendala dari masing-masing indikator HAIs sebagai berikut

- Evaluasi kebutuhan penggunaan kateter perlu dievaluasi, terkadang pasien masih dipasang kateter walau indikasi sudah tidak ada.
- Pada kasus CAUTI Faktor pasien sendiri, yaitu pasien RSPON dengan penyakit neurologi akut memiliki indikasi pemantauan I/O ketat sehingga pemakaian kateter bisa memanjang. Selain itu, akibat penyakit neurologis yg menyebabkan pasien tirah baring lama, terdapat luka *decubitus* sehingga untuk menunjang penyembuhan luka (kondisi kering) pada area tersebut, dipasanglah kateter urin
- dari pasien VAP: pasien RSPON dengan gangguan neurologis memiliki kemungkinan terjadi VAP tinggi karena patofisiologi interaksi otak-paru bersifat kompleks. Pasien ICU dengan penyakit neurologis juga sering diintubasi untuk perlindungan jalan napas dan menurunkan tekanan *intracranial*. Pelaksanaan GC secara rutin belum maksimal dilakukan karena BOR NCCU tinggi.
- Pada kasus CLABSI kebutuhan penggunaan CVC masih perlu dievaluasi, terkadang pasien masih dipasang CVC di rawat inap biasa walau indikasi sudah tidak ada
- Nakes mungkin terburu-buru dan mungkin tidak punya waktu untuk mengikuti semua langkah bundles pencegahan CAUTI, VAP, dan CLABSI
- Audit *bundles* insersi dan *maintenance* CLABSI belum rutin dilaksanakan

c. Upaya Tindak Lanjut

Berikut adalah upaya tindak lanjut yang dilakukan untuk kasus HAIs

- Revisi dengan menyederhanakan *bundles* pencegahan CAUTI, VAP, CLABSI
- Monitoring dan evaluasi *bundles insersi & maintenance* CAUTI, VAP, CLABSI
- Revisi *bundles* pencegahan CAUTI, VAP, CLABSI
- Edukasi dan re-sosialisasi SOP bundles CAUTI, VAP, CLABSI
- Audit *bundles* CAUTI, VAP, CLABSI
- *Surveillance* CAUTI, VAP, CLABSI secara aktif



### IKU 8. Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai

Standar layanan klinis stroke mencakup berbagai aspek, mulai dari deteksi dini, penanganan di unit gawat darurat, hingga perawatan rehabilitasi. Tujuannya adalah untuk meminimalkan dampak *stroke*, mempercepat pemulihan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Terdapat 4 indikator standar klinis untuk layanan stroke, berikut cara perhitungannya:

1. Pasien *Stroke* Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras  $\leq$  30 Menit

*Perhitungan:*

(Jumlah pasien stroke hiperakut ( $\leq$  4,5 jam) yang dilakukan CTscan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit  $\div$  Seluruh pasien stroke)  $\times$  100%

2. Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena:

*Perhitungan:*

(Pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi trombolisis  $\div$  Seluruh pasien stroke iskemik dengan indikasi trombolisis dan onset <4,5 jam)  $\times$  100%

3. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari
4. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup

#### a. Pencapaian

Tabel III. 11 Capaian IKU: Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029) & Standar Nasional	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai	80%	125%	100%	80%	125%



Adapun rincian atas hasil capaian Persentase Standar Klinis '*stroke*' yang tercapai yang terdiri atas hasil pengukuran terhadap 4 indikator klinis yang diukur adalah sebagai berikut:

Tabel III. 12 Rincian Capaian IKU Persentase Standar Klinis *Stroke* yang Tercapai

Indikator Kinerja	Realisasi Smt 1 2025	Tahun 2025		Jangka Menengah & standar Nasional	
		Target	% Capaian	Target	% Capaian
<b>Persentase Standar Klinis '<i>Stroke</i>' yang Tercapai</b>	<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>125%</b>	<b>80%</b>	<b>125%</b>
a. Pasien <i>Stroke Hiperakut</i> (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%)	91,04%	>80%	113,79%	>80%	113,79%
b. Pasien <i>Stroke Iskemik</i> dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA Intravena (>80%)	100%	>80%	125%	>80%	125%
c. Pasien <i>Stroke Iskemik</i> dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari (>80%)	100%	>80%	125%	>80%	125%
d. Pasien <i>Stroke Iskemik</i> Pulang dalam Kondisi Hidup (>90%)	100%	>90%	111,11%	>90%	111,11%

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Standar Klinis '*Stroke*' yang Tercapai semester 1 adalah 100% yang berarti melebihi target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 80% sehingga realisasi dibandingkan dengan target sebesar 125%. Persentase capaian indikator kinerja Persentase Standar Klinis '*Stroke*' yang Tercapai semester 1 tahun 2025 jika dibandingkan dengan target jangka menengah pada RSB tahun 2029 dan standar nasional yang dilihat dari target KPI transformasi Kemenkes ditahun 2025, tercapai 100%.

IKU Persentase Standar Klinis '*Stroke*' yang Tercapai, baru diukur pada tahun 2025, meskipun demikian kegiatan pelaksanaannya telah dilaksanakan ditahun 2024 dengan definisi operasional yang berbeda

Tercapainya Indikator dari realisasi masing-masing sub indikator dapat diartikan bahwa rumah sakit mampu memberikan mutu layanan klinis yang baik dan konsisten dengan terselenggaranya pelayanan cepat dan responsif serta mampu menyelamatkan pasien *stroke*



- b. Kendala yang dihadapi  
Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut
- c. Upaya Tindak lanjut  
Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU

### SASARAN PROGRAM 8: Terwujudnya Kegiatan Pemasaran Yang Inovatif Dan Berfokus Pada Pelanggan

#### IKU 9. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS

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). Sedangkan pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.

Formula perhitungan sebagai berikut:

$$(\text{Pendapatan non-JKN} \div \text{Total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$$

#### a. Pencapaian

Tabel III. 13 Capaian IKU: Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	≥25%	25,14%	100,6%	≥50%	50,28%

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS semester 1 adalah 25,14% yang berarti melebihi target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar ≥25% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100,6 %. Apabila realisasi semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana pada target RSB tahun 2029 sebesar 50% maka diperoleh capaian sebesar 50,28%.



- b. Kendala yang dihadapi  
Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut
- c. Upaya Tindak lanjut  
Monitoring dan Evaluasi berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU

### **SASARAN PROGRAM 9: Terwujudnya Sdm Yang Andal Dan Budaya Organisasi Yang Ber-Akhlak**

#### **IKU 10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai**

Survei kepuasan pegawai rumah sakit adalah kegiatan untuk mengukur tingkat kepuasan pegawai terhadap berbagai aspek pekerjaan dan lingkungan kerja di rumah sakit. Tujuannya adalah untuk mendapatkan umpan balik dari pegawai, mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan, dan pada akhirnya meningkatkan kinerja dan produktivitas rumah sakit. Selain itu dari hasil survei kepuasan pegawai dapat diketahui seberapa puas pegawai dengan berbagai aspek pekerjaan mereka, seperti gaji, tunjangan, kondisi kerja, hubungan antar rekan kerja, atasan, dan peluang pengembangan karir.

Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. hanya saja survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.

- a. Pencapaian

Tabel III. 14 Capaian IKU: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	77	-	-	90	-



Survei Kepuasan Pegawai hanya dilakukan satu kali dalam satu tahun yang dilakukan oleh pihak eksternal. Rencana survei akan dilaksanakan pada triwulan 3 sehingga capaian IKU Skor Tingkat Kepuasan Pegawai belum dapat diperoleh pada semester 1 tahun 2025, akan tetapi tahapan dalam persiapan pelaksanaan survei kepuasan pegawai telah dilakukan.

Adapun Pelaksanaan kegiatan survei kepuasan pegawai terdiri dari 3 tahapan, yakni:

- Persiapan
- Pelaksanaan
- Evaluasi dan Pelaporan

Sampai dengan semester 1 tahun 2025 ini masih dalam tahap persiapan, dimana masih pada proses pemilihan Penyedia Jasa survei kepuasan pegawai serta menyusun Perencanaan Survei Kepuasan Pegawai.

a. Kendala yang dihadapi

- Ketersediaan alokasi anggaran penyedia survei kepuasan pegawai
- Pemilihan penyedia yang membutuhkan proses yang kompetitif guna memperoleh penyedia survei kepuasan pegawai yang tepat
- Masalah dalam Penanganan Data yang Sensitif, survei kepuasan pegawai melibatkan data kepegawaian yang sensitif, berkaitan dengan hal pribadi pegawai dan data rentan manajemen, sehingga pemilihan penyedia harus yang memiliki sistem keamanan data yang kuat untuk melindungi data pribadi pegawai dan data manajemen
- Pemilihan penyedia yang berpengalaman dan ahli dalam melakukan survei kepuasan pegawai, untuk menghasilkan data survei yang akurat dan dapat ditindaklanjuti menjadi perbaikan internal
- Penanganan hasil survei dan tindak lanjut hasil survei yang tepat. Analisa hasil survei dapat ditindaklanjuti guna menghasilkan perubahan yang positif
- Ketidakpercayaan pegawai, bahwa survei ditangani dengan baik, karena sering kali survei kepuasan pegawai tidak mendapatkan antusias yang maksimal dari pegawai, rendah partisipasi sehingga penyedia harus



memastikan bahwa survei sudah ditangani secara profesional dan direspon pegawai dengan serius

b. Upaya Tindak lanjut

- Memastikan ketersediaan alokasi anggaran
- Melakukan pemilihan penyedia survei kepuasan pegawai yang telah berpengalaman melakukan survei kepuasan pegawai di kantor pemerintahan Melakukan pemilihan penyedia survei kepuasan pegawai dengan tepat dan cepat
- Melakukan monitoring proses pengadaan penyedia survei kepuasan pegawai
- Turut memonitor kinerja penyedia, dengan terlibat aktif dan turut ikut serta menyusun instrumen kuesioner survei
- Monitoring distribusi kuesioner dan cara penyedia untuk memaksimalkan antusias pegawai untuk turut serta dalam pelaksanaan survei kepuasan

#### IKU 11. Training Effectiveness Index (TEI)

Kementerian Kesehatan memiliki peran penting dalam mendorong peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui regulasi, kebijakan, dan penyediaan fasilitas pelatihan. Institusi kesehatan, seperti rumah sakit juga perlu aktif dalam menyelenggarakan pelatihan dan kegiatan peningkatan kompetensi untuk tenaga kesehatannya. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan (Nakes) merupakan upaya untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Peningkatan kompetensi ini dapat dilakukan melalui berbagai cara, termasuk pelatihan, seminar, workshop, dan kegiatan pengembangan profesional lainnya.

Rumus perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah Nakes dan Named yang telah mencapai 40 JPL}}{\text{Jumlah Nakes dan Named}} \times 100\%$$



a. Pencapaian

Tabel III. 15 Capaian IKU: Pencapaian *Training Effectiveness Index* (TEI)

Indikator Kinerja	2025			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%	15,1%	21,57%	85%	17,76%

Realisasi kinerja pada Indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) semester 1 tahun 2025 adalah 15,1% dengan Tingkat pencapaian 21,57% dari target tahun 2025 sebesar 70%, sementara itu jika realisasi semester 1 tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana dalam target RSB tahun 2029 sebesar 85%, diperoleh Tingkat pencapaian sebesar 17,76%.

Indikator TEI merupakan indikator yang pencapaiannya akan bertambah seiring dengan bertambahnya jumlah pelatihan yang diikuti oleh tenaga kesehatan dan tenaga medik untuk mencapai 40 JPL melalui beberapa pelatihan dengan tenggat waktu yang berbeda sehingga proyeksi capaian TEI akan meningkat signifikan mendekati akhir tahun.

Berikut adalah upaya yang sudah percepatan capaian TEI:

- Berkoordinasi setiap bulan dengan Penanggung Jawab Pelatihan dari seluruh Unit/Tim Kerja/Instalasi/Bagian untuk menghimbau kepada rekan sejawat yang telah mengikuti kegiatan pelatihan dan peningkatan kompetensi lainnya agar mengunggah sertifikat di akun Emisy masing-masing pegawai
- Menyelenggarakan pelatihan terakreditasi dan peningkatan kompetensi lainnya bagi ASN (Nakes dan Named) RSPON dan pengiriman pegawai untuk mengikuti pelatihan/peningkatan kompetensi lainnya ke institusi eksternal RSPON
- Melakukan dokumentasi capaian 40 JPL melalui dokumen sertifikat kegiatan yang telah diunggah di akun emisy masing-masing ASN (Nakes dan Named) dan melaporkan kepada Direktur teknis dan Tim Kerja Evaluasi dan Pelaporan



b. Kendala yang dihadapi

- Belum semua pegawai mencapai 40 JPL pada semester 1 dikarenakan tidak semua pelatihan/peningkatan kompetensi lainnya memberikan JPL tinggi sehingga setiap pegawai membutuhkan waktu mencapai target 40 JPL.
- Masih ada blokir anggaran sampai akhir Juni sehingga beberapa pelatihan/kegiatan peningkatan kompetensi yang berbayar ditunda

c. Upaya Tindak lanjut

- Menyelenggarakan pelatihan terakreditasi dan menyelenggarakan peningkatan kompetensi yang dapat menjangkau seluruh pegawai sehingga dapat mempercepat peningkatan JPL
- Berkoordinasi dengan Penanggung Jawab Pelatihan dari seluruh Unit/Tim Kerja/Instalasi/Bagian untuk terus menghimbau agar pegawai di Unit masing-masing dapat mengikuti pelatihan dan kegiatan peningkatan kompetensi lainnya yang diselenggarakan di internal maupun eksternal RSPON
- Memberikan informasi kepada Penanggung Jawab Pelatihan dari seluruh Unit/Tim Kerja/Instalasi/Bagian tentang publikasi pelatihan/peningkatan kompetensi lainnya yang diselenggarakan oleh Kemenkes RI/Institusi eksternal RSPON.
- Melakukan monitoring dan evaluasi setiap pekan ke 3 di setiap bulan bagi Nakes dan Named ASN yang telah mengikuti pelatihan dan peningkatan kompetensi lainnya untuk mengunggah sertifikat di akun Emisy masing-masing pegawai.



## SASARAN PROGRAM 10: Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal

### IKU 12. EBITDA Margin

EBITDA *margin* adalah Rasio Surplus atau Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan Pendapatan Operasional Netto rumah sakit vertikal. Sedangkan Pendapatan Operasional Netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit vertikal untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).

EBITDA *margin* merupakan salah satu indikator kinerja keuangan yang dipergunakan untuk mengetahui seberapa baik rumah sakit vertikal menghasilkan rasio surplus dari kegiatan operasional dan non operasional/lainlain, yang berpotensi menjadi kas, sehingga dapat diketahui apakah rumah sakit vertikal telah atau belum mampu mandiri dengan standar margin yang ditetapkan

Cara perhitungan sebagai berikut:

$$\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA} \div \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$$

#### a. Pencapaian

Tabel III. 16 Capaian IKU: EBITDA Margin

Indikator Kinerja	2024			2025			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi smt 1	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
EBITDA Margin	15%	10,32%	68,80%	10%	2,98%	29,80%	15%	19,87%	10% -20%	29,80% - 14,90%

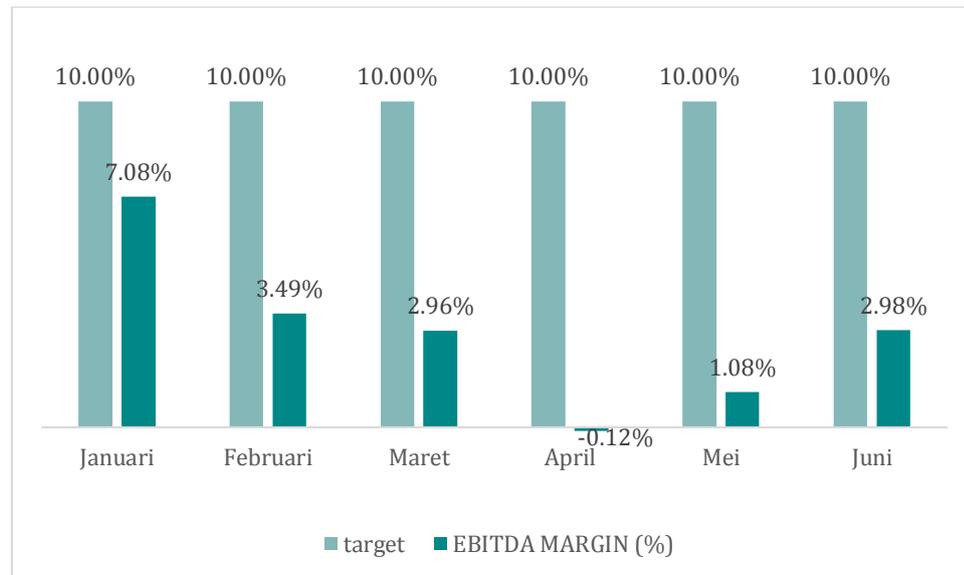
Realisasi kinerja pada indikator EBITDA Margin semester 1 adalah 2,98%, hasil tersebut belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 10% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 29,80% lebih rendah jika dibandingkan tingkat pencapaian ditahun 2024 yang sebesar 68,80%. Sementara itu realisasi semester 1 tahun 2025 apabila dibandingkan dengan target 2029 sebesar 16% maka diperoleh realisasi capaian sebesar 19,87%.

Suatu organisasi dinilai sehat secara keuangan dengan standar EBITDA Margin yang ideal di besaran nilai 10%-20%, sehingga realisasi semester 1



tahun 2025 dibandingkan dengan standar EBITDA Margin, maka capaiannya jika dibandingkan dengan target ideal minimal 10% maka pencapaiannya sebesar 29,8%, sedangkan jika dibandingkan dengan target ideal maksimal maka pencapaiannya sebesar 14,90%.

Berikut nilai EBITDA Margin selama Semester 1 tahun 2025



Gambar III. 3 Grafik Target dan Capaian EBITDA Margin Periode Semester 1 Tahun 2025

b. Kendala yang dihadapi

Masih rendahnya nilai EBITDA (total pendapatan dikurangi total beban) dikarenakan belum optimalnya efisiensi belanja, seperti belanja farmasi.

Disamping itu peningkatan pendapatan yang berasal dari peningkatan jumlah kunjungan belum sebanding dengan peningkatan belanja.

c. Upaya Tindak lanjut

Peningkatan efisiensi belanja (farmasi dan pegawai) Peningkatan jumlah kunjungan melalui kegiatan pemasaran dan intensifikasi layanan.



## **SASARAN PROGRAM : Meningkatkan Dukungan Manajemen Dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya**

Indikator Nilai Kinerja Penganggaran merupakan indikator direktif dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan berdasarkan surat nomor: PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 2 Februari 2025 tentang Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 dan Persiapan Evaluasi SAKIP 2024, dimana IKU Nilai Kinerja Penganggaran dengan target 80,1 dan IKU Realisasi Anggaran dengan target 95% wajib dicantumkan kedalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025, meskipun tidak tercantum didalam RSB 2025-2029. Oleh karenanya Tingkat pencapaian atas realisasi semester 1 tahun 2025, hanya bisa dibandingkan dengan target tahun 2025.

### **IKU 13. Nilai Kinerja Penganggaran**

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) adalah ukuran yang digunakan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan anggaran, baik dalam perencanaan maupun implementasinya. NKA membantu mengevaluasi efisiensi, efektivitas, dan akuntabilitas penggunaan dana rumah sakit. Tujuan utama NKA adalah untuk menilai kualitas perencanaan dan penggunaan anggaran, serta untuk mendorong peningkatan kinerja pelaksanaan anggaran.

NKA mencakup dua aspek Utama yaitu:

1. Evaluasi Kinerja Anggaran (EKA), EKA berfokus pada penilaian perencanaan anggaran, termasuk capaian sasaran strategis dan efisiensi penggunaan anggaran.
2. Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) merupakan alat untuk mengukur aspek implementasi pelaksanaan anggaran, seperti penyerapan anggaran, belanja kontraktual, penyelesaian tagihan, dan capaian output

Formula perhitungan adalah:

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) = ((Evaluasi Kinerja Anggaran (EKA) + Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)) / 2



## a. Pencapaian

Tabel III. 17 Capaian IKU: Nilai Kinerja Penganggaran

Indikator Kinerja	Realisasi Smt 1 2025	Tahun 2025	
		Target	% Capaian
Nilai Kinerja Penganggaran	55,05	80,1	68,73%

Realisasi kinerja pada indikator Nilai Kinerja Penganggaran semester 1 adalah 55.05% yang berarti belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 80.1 sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 68,73%. IKU Nilai Kinerja Penganggaran belum dinilai ditahun 2024 dan tidak terdapat di RSB 2025-2029. Indikator ini merupakan indikator proses, sehingga capaian akan bertambah seiring bertambahnya belanja dan ouput yang teralisasi sesuai dengan target yang tertera pada DIPA RSPON.

Kode Satuan Kerja ↔	Satuan Kerja ↔	NK Perencanaan Anggaran ↔	NK Pelaksanaan Anggaran ↔	Nilai Kinerja Anggaran
024.04.015514	RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA	13,30	96,80	55,05

an 1 sampai 1 dari 1 entri

Sebelumnya **1** Selanjutnya

Kode Satker	Uraian Satker	Keterangan	Kualitas Perencanaan Anggaran		Kualitas Pelaksanaan Anggaran				Kualitas Hasil Pelaksanaan Anggaran	Nilai Total	Konversi Bobot	Dispensasi SPM (Pengurang)	Nilai Akhir (Nilai Total/Konversi Bobot)
			Revisi DIPA	Deviasi Halaman III DIPA	Penyerapan Anggaran	Belanja Kontraktual	Penyelesaian Tagihan	Pengelolaan UP dan TUP	Capaian Output				
015514	RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA	Nilai	100,00	89,33	92,20	0,00	0,00	0,00	100,00	48,40	50%	0,00	96,80
		Bobot	10	15	0	0	0	0	25				
		Nilai Akhir	10,00	13,40	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00				
		Nilai Aspek	94,67		92,20				100,00				

Gambar III. 4 Capaian Nilai Kinerja Penganggaran Berdasarkan Aplikasi SMART DJA Kementerian Keuangan

## b. Kendala yang dihadapi

Adanya anggaran yang terblokir atas instruksi Presiden no.1 tahun 2025 yang merupakan program efisiensi anggaran Pemerintah

## c. Upaya Tindak lanjut

Berkoordinasi dengan Eselon 1 kementerian Kesehatan, terkait relaksasi blokir.



### IKU 14. Realisasi Anggaran

Realisasi anggaran merupakan proses pelaksanaan dan pencapaian antara alokasi anggaran yang telah ditetapkan didalam DIPA RSPON dengan realisasi belanja yang telah dilakukan.

Formula perhitungan adalah:

$$(\text{Realisasi belanja} / \text{Total Pagu}) \times 100\%$$

#### a. Pencapaian

Tabel III. 18 Capaian IKU: Realisasi Anggaran

Indikator Kinerja	Realisasi Smt 1 2025	Tahun 2025	
		Target	% Capaian
Realisasi Anggaran	31,21%	95%	32,85%

Realisasi kinerja pada indikator Realisasi Anggaran semester 1 adalah 31,21% yang berarti belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 95% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 32.85%. Indikator ini merupakan indikator proses, sehingga capaian akan bertambah seiring bertambahnya realisasi belanja dan ouput yang teralisasi sesuai dengan target yang tetera pada RKA/KL RSPON.

IKU Realisasi Anggaran merupakan indikator yang baru diukur ditahun 2025 dan tidak terdapat didalan RSB 2025-2029.

Tabel III. 19 Rincian Realisasi Anggaran Per Semester 1 Tahun 2025

Jenis Belanja	Alokasi	Realisasi	% Realisasi
Pegawai	49,121,648,000	30,284,142,076	61.65%
Barang	433,815,310,000	150,262,349,804	34.64%
Modal	99,657,124,000	1,286,612,480	1.29%
<b>Total</b>	<b>582,594,082,000</b>	<b>181,833,104,360</b>	<b>31.21%</b>

#### b. Kendala yang dihadapi

Adanya anggaran yang terblokir atas instruksi Presiden no.1 tahun 2025 yang merupakan program efisiensi anggaran Pemerintah

#### c. Upaya Tindak lanjut

Berkoordinasi dengan Eselon 1 kementerian Kesehatan, terkait relaksasi blokir.



Berikut adalah rekapitulasi Capaian IKU semester 1 tahun 2025 beserta alokasi dan realisasi anggarannya:

Tabel III. 20 Rekapitulasi Capaian & Anggaran IKU Semester 1 Tahun 2025

No	Indikator Kinerja	Tahun 2025			Alokasi Rp	Realisasi Rp
		Target	Realisasi	% Capaian		
1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	80	92,31	115,4%	75.334.439.100	15.519.839.259
2	Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target	50%	45,71%	91,4%	1.200.000.000	105.533.767
3	Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	2%	1,10%	55%	6.019.309.500	151.201.295
4	Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	≥ 25%	44,00%	120%	42.075.290.000	10.105.055.270
5	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 3	Level 4	120%	42.482.500.000	7.423.011.826
6	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	75,69%	108%	33.619.609.400	6.939.370.606
7	<i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%	100%	100%	60.618.438.000	10.171.284.923
8	Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai	80%	100,00%	120%	32.502.368.000	22.054.137.330
9	Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	≥25%	25,14%	100,6%	35.829.591.000	1.405.933.648
10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	77	-	-	196.917.259.000	74.684.857.616
11	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%	15,1%	21,57%	5.244.793.000	727.343.831
12	EBITDA Margin	10%	2,98%	29,80%	50.426.005.000	32.357.911.545
13	Nilai Kinerja Penganggaran	80,1	55,05	68,73%	174.480.000	54.595.892
14	Realisasi Anggaran	95%	31,21%	32,85%	150.000.000	133.027.550
<b>Total</b>				<b>77,39%</b>	<b>582.594.082.000</b>	<b>181.833.104.360</b>



### INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT)

Penilaian IKT dilakukan setiap bulan yang dilaporkan dan diverifikasi oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan untuk kemudian ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan sebagai capaian IKT RSPON

Tabel III. 21 Capaian IKT bulan Juni Tahun 2025

No	Nama Indikator	Jenis Indikator	Target	Realisasi	Persentase Capaian
1	Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Max	90%	71%	79%
2	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	Min	50%	46%	109%
3	EBITDA Margin	Max	10%	13%	130%
4	Akurasi Proyeksi Pendapatan & Belanja BLU	Max	3,5	5	143%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	Min	25%	27%	93%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang (Days Receivable Turnover)	Min	40	28	143%
7	Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional	Max	15%	26%	150%
8	Implementasi Pola Remunerasi	Max	100%	100%	100%
9	Implementasi Pola Tarif	Max	100%	100%	100%
10	Kelengkapan Pengisian Aplikasi BIOS	Max	100%	100%	100%
11	Pertumbuhan Layanan BLU	Max	3	4	133%
12	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit	Max	80%	80%	100%
13	Persentase Pengguna Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan	Max	70%	92%	132%
14	Integrasi RME dan kesesuaian pengiriman data Satu Sehat	Max	100%	100%	100%
15	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	Max	80%	98%	122%
16	Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	Max	80%	100%	125%
<b>Capaian Indikator Kinerja</b>					<b>116,11%</b>
<b>Kelebihan Capaian Kinerja</b>					<b>16,11%</b>



### Evaluasi Hasil:

Terdapat 2 indikator yang belum tercapai pada bulan Juni 2025, yaitu:

#### 1. Kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan

Hambatan yang dihadapi pada bulan Juni (klaim BAHV Mei) sehingga belum tercapainya Indikator ini:

- Pending Klaim JKN Bulan Juni pada BAHV Mei Tahap Pertama sebesar Rp.7.777.212.400,00 dari Klaim yang diajukan sebesar Rp26.835.643.753,00 (28,98%).
- Salah satu penyebab terjadinya pending Klaim BAHV Mei terbesar yakni 56,52% pada Koreksi Verifikasi, 40,83% pada Sistem (Ketidaksesuaian Pengajuan Klaim RS Khusus) dan 2,65% pada lain-lain.
- Pending Koreksi Klaim terbesar pada Hemiparesis / Hemiplegi, ini terjadi karena ada kebijakan kodingan terbaru dari BPJS Kesehatan.

Upaya Tindak Lanjut dalam mengatasi hambatan pencapaian indikator Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan:

- Tim Telah mengirimkan Surat kepada Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tanggal 5 Juni 2025 tentang Laporan Pending & Audit Pasca Klaim agar mendapatkan arahan & solusi untuk kedepannya.
- Koordinasi dengan pihak BPJS Kesehatan dalam kekurangan data pasien yang akan diajukan Klaim JKN.

#### 2. Rasio Beban Farmasi terhadap Pendapatan Operasional

Hambatan belum tercapainya indikator Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional sebagai berikut:

- Adanya kenaikan Kunjungan yang membuat Penggunaan Perbekalan Farmasi juga meningkat.
- Kenaikan pada jumlah resep masuk dari Bulan sebelumnya sebesar 8,68%.

Upaya Tindak Lanjut yang dilakukan:

- Optimalkan *stock opname* perbekalan farmasi agar tidak memakan anggaran belanja yang besar.



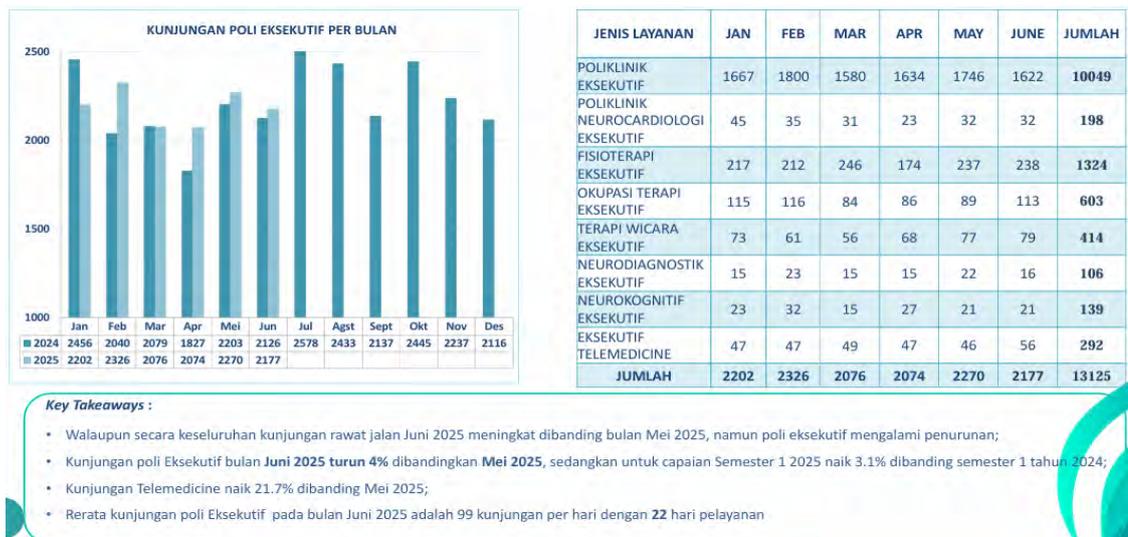
- Akan dilakukan uji coba BMHP (Bahan Medis Habis Pakai) yang lebih murah (hypafix dan CVC).

## B. Sumber Daya

### 1. Kinerja Pelayanan



Gambar III. 5 Kunjungan Rawat Jalan



Gambar III. 6 Kunjungan Poli Eksekutif



Gambar III. 7 Kunjungan IGD



Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Inap



Gambar III. 9 Pelayanan Bedah Sentral



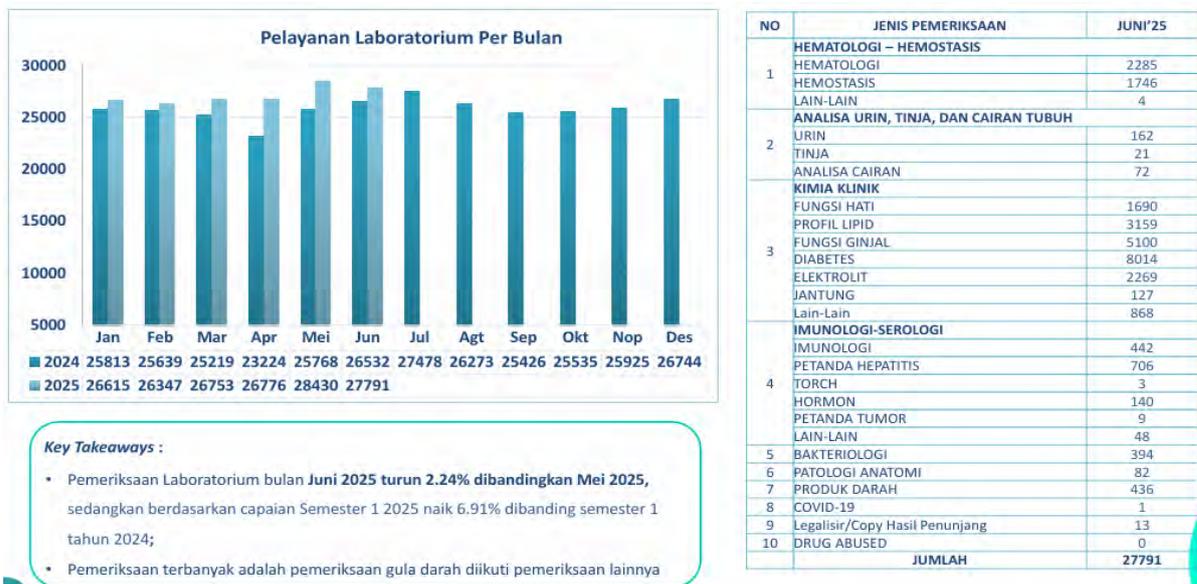
Gambar III. 10 Pembatalan Operasi



**Key Takeaways :**

- Pemeriksaan Radiologi Juni 2025 naik 1.68% dibanding Mei 2025, sedangkan capaian Semester 1 2025 naik 3.33% dibanding semester 1 tahun 2024;
- Pemeriksaan terbanyak Foto Tanpa Kontras diikuti CT Scan Non-Kontras dan pemeriksaan lainnya

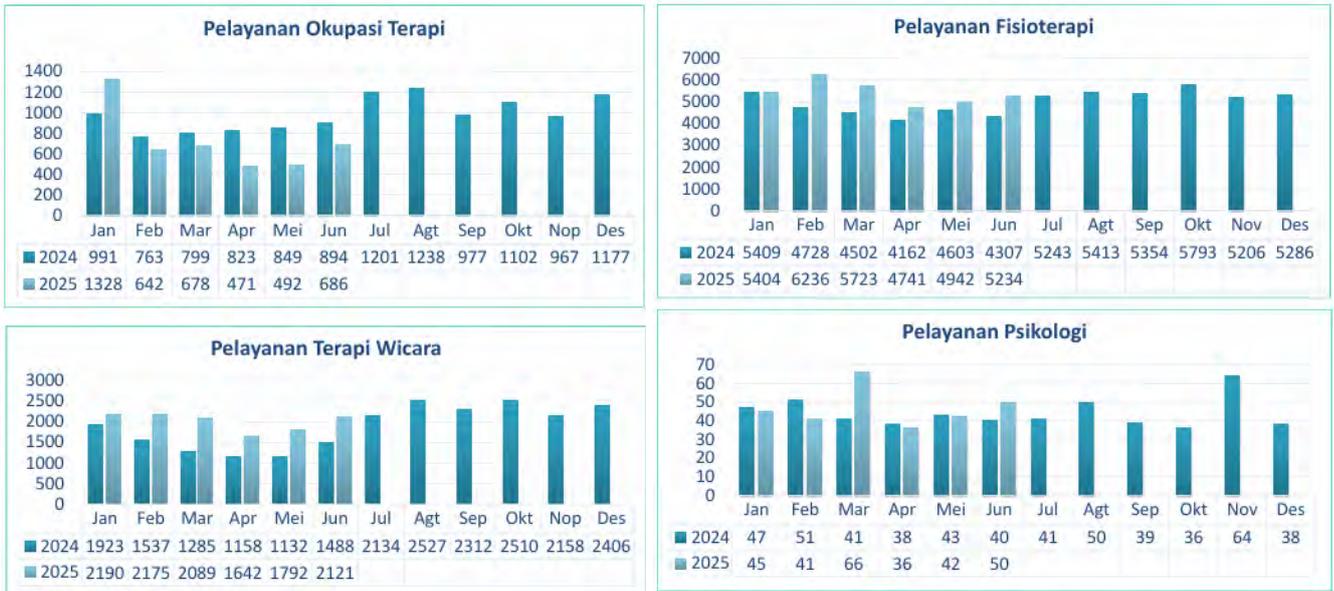
Gambar III. 11 Pelayanan Radiologi



**Key Takeaways :**

- Pemeriksaan Laboratorium bulan Juni 2025 turun 2.24% dibandingkan Mei 2025, sedangkan berdasarkan capaian Semester 1 2025 naik 6.91% dibanding semester 1 tahun 2024;
- Pemeriksaan terbanyak adalah pemeriksaan gula darah diikuti pemeriksaan lainnya

Gambar III. 12 Pelayanan Laboratorium



Gambar III. 13 Pelayanan Neurorestorasi

No	Nama Depo	Lembar Resep	Lembar Dispense	Lembar Retur	Lembar Dispense + Retur	Jumlah Item	Alkes	BMHP	Obat	Generik	Non-Generik		Fornas	Non-Fornas	Non-Fornas		Antibiotik	Non-Antibiotik
											Form RS	Non-Form RS			Form RS	Non-Form RS		
1	Ranap	19501	59572	13246	72818	90337	21157	11821	57359	45199	8888	3272	55032	2327	2047	280	2897	54462
2	Rajal Lt. 2	7820	8785	694	9479	29009	780	1535	26694	21864	2996	1834	26543	151	123	28	238	26456
3	IGD	4752	5648	345	5993	21213	8257	6446	6510	5731	639	140	6472	38	35	3	80	6430
4	Eksekutif It. 5	1645	2446	502	2948	6637	457	807	5373	2037	3230	106	2730	2643	2607	36	42	5331
5	OK-Cathlab	529	1407	30	1437	17104	8971	3729	4404	3493	667	244	4249	155	36	119	8	4396
6	Trolley Emergency	154	155	6	161	427	299	56	72	61	11	0	72	0	0	0	0	72
7	Laboratorium	0	3789	2	3791	16694	5894	10757	43	0	0	-43	0	43	0	43	0	43
8	Depo Vaksinasi	0	34	0	34	50	0	0	50	0	35	15	0	50	35	15	0	50
9	Penelitian	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Tindakan Radiologi	0	39	4	43	345	205	54	86	53	33	0	86	0	0	0	0	86
11	Floor Stock OK	0	9	0	9	27	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>34401</b>	<b>81884</b>	<b>14829</b>	<b>96713</b>	<b>181843</b>	<b>46047</b>	<b>35205</b>	<b>100591</b>	<b>78438</b>	<b>16499</b>	<b>5654</b>	<b>95184</b>	<b>5407</b>	<b>4883</b>	<b>524</b>	<b>3265</b>	<b>97326</b>

Gambar III. 14 Pelayanan Farmasi

Rawat Jalan				Rawat Inap				IGD			
No	Diagnosa	Jumlah	%	No	Diagnosa	Jumlah	%	No	Diagnosa	Jumlah	%
1	Stroke Iskemik	2944	22.09%	1	Stroke Iskemik	521	50.73%	1	Stroke Iskemik	511	35.29%
2	Epilepsi	1079	8.09%	2	Stroke Hemoragik	80	7.79%	2	Stroke Hemoragik	70	4.83%
3	Tumor intrakranial	687	5.15%	3	TUMOR INTRAKRANIAL	64	6.23%	3	Sefalgia	62	4.28%
4	Parkinson's disease	361	2.71%	4	Transient Iskemik Attack (TIA)	24	2.34%	4	Tumor Intrakranial	53	3.66%
5	Other specified intervertebral disc displacement (HNP)	318	2.39%	5	Subarachnoid Hemoragik	22	2.14%	5	Vertigo	49	3.38%
6	Dementia	302	2.27%	6	Status Epileptikus	19	1.85%	6	Epilepsi	43	2.97%
7	Stroke Hemoragik	280	2.10%	7	Trauma Kapitis	17	1.66%	7	Trauma Kapitis	25	1.73%
8	Cephalgia	227	1.70%	8	Aneurysma	15	1.46%	8	Transient Iskemik Attack (TIA)	25	1.73%
9	Clonic hemifacial spasm	199	1.49%	9	Encephalopathy	11	1.07%	9	Pneumonia	20	1.38%
10	Vertigo	140	1.05%	10	Trigeminal Neuralgia	10	0.97%	10	Status Epileptikus	17	1.17%

Gambar III. 15 Morbiditas Juni 2025

Ranap	NO	Diagnosa	Jumlah	%
	1	Stroke Iskemik	24	38.16%
	2	Stroke Hemoragik	12	14.47%
	3	Subarachnoid Hemoragik	6	13.16%
	4	Tumor Intrakranial	5	5.26%
	5	Pneumonia	3	3.95%
	6	Status Epileptikus	2	2.63%
	7	Trauma Kapitis	2	2.63%
	8	Aneurysma	1	2.63%
	9	Tuberculoma Cerebri	1	2.63%
	10	Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)	1	2.63%
		PENYAKIT LAINNYA	5	11.84%
		JUMLAH	62	100.00%

IGD	NO	Diagnosa	Jumlah	%
	1	Cardiac Arrest	5	33.33%
	2	Pneumonia	2	13.33%
	3	Death on Arrival	2	13.33%
	4	Tumor Intrakranial	1	6.67%
	5	Other Transient Cerebral Ischaemic Attacks and Related Syndromes	1	6.67%
	6	Encephalopathy	1	6.67%
	7	Stroke Hemoragik	1	6.67%
	8	Adult Respiratory Distress Syndrome	1	6.67%
	9	Cardiogenic Shock	1	6.67%
		JUMLAH	15	100.00%

Gambar III. 16 Mortalitas Juni 2025

## 2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sampai dengan Semester 1 tahun 2025, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono memiliki dua Gedung bangunan dimana Gedung A yang memiliki luas 36.792 Meter Persegi dengan 12 Lantai yang diperuntukan pada Pelayanan Kesehatan kepada Pasien, dan Gedung B dengan luas 29.754 Meter Persegi merupakan Gedung yang mulai dipergunakan pada Bulan Maret 2017 diperuntukan untuk Kegiatan Manajemen, Area Parkir, Administrasi, Rumah Singgah Keluarga Pasien dan Pelayanan Non Medis dalam bentuk kegiatan yang berorientasi pada Pendidikan dan Penelitian.

Berdasarkan dokumen KONFIRMASI KESESUAIAN KEGIATAN PEMANFAATAN RUANG UNTUK KEGIATAN BERUSAHA NOMOR: 06092410113175165 yang dikeluarkan oleh an. Menteri Agraria dan Tata Ruang/Kepala Badan Pertanahan Nasional Menteri Investasi/Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal pada tanggal 6 September 2024, dinyatakan bahwa RSPON telah diakui memiliki tanah seluas 25.238,18 M<sup>2</sup> yang pengadaannya telah berproses sejak tahun 2023 untuk pembangunan Gedung Parkir, Pendidikan dan Pelayanan Institut Neurosains Nasional.



Pembangunan Gedung Pelayanan Terpadu dan Gedung Institut Neurosains Nasional (INN) telah selesai dilakukan pembangunannya pada 30 Juni 2025.

Berikut informasi mengenai Gedung baru RSPON Mahar Mardjono:

- a. Gedung Pelayanan Terpadu
  - Luas bangunan  $\pm 76.554 \text{ m}^2$
  - 2 lantai basement dan 11 lantai pelayanan
  - 211 kamar rawat (187 VIP, 23 VVIP, 1 President Suite)
  - Unit layanan IGD, rawat intensif, Radiologi
  - 5 Kamar operasi, 2 Ruang Cathlab
  - 18 level parkir split yang menampung 427 mobil dan 435 motor
- b. Gedung Institut Neurosains Nasional (INN)
  - Luas bangunan  $\pm 33.901 \text{ m}^2$
  - 18 *bed Clinical Research Unit*
  - Klinik patologi, ruang dokter dan pendidikan
  - Radioterapi
  - Kedokteran nuklir
  - Area retail dan komersial
  - Ruang Direksi dan Staf

### 3. Sumber Daya Keuangan

Pencapaian pendapatan PNBPN BLU RSPON Mahar Mardjono pada semester 1 tahun 2025 sebesar Rp216.294.977.196,00 yakni 38,97% dari target pendapatan sebesar Rp555.000.000.000,00, dengan perincian sebagai berikut:



Tabel III. 22 Rincian Pendapatan Per 30 Juni 2025

NO	Kode Akun   Jenis Pendapatan	Setoran		Potongan SPM	Realisasi
		MPN	Non Pajak		
1	424312   Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	-	-	1.466.071.240	1.466.071.240
2	425129   Pendapatan dari Pemindahtanganan BMN Lainnya	214.325.000	-	-	214.325.000
3	424111   Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	-	-	210.013.016.228	210.013.016.228
4	424421   Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	-	-	122.280.000	122.280.000
5	424919   Pendapatan Lain-lain BLU	-	-	21.586.126	21.586.126
6	425811   Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah	-	-	433.899.167	433.899.167
7	424422   Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	-	-	456.404.000	456.404.000
8	425122   Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	95.000.000	-	-	95.000.000
9	424911   Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	-	-	3.781.720.435	3.781.720.435
10	425911   Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	87.200.960	-	-	87.200.960
<b>Jumlah</b>		<b>396.525.960</b>		<b>216.294.977.196</b>	<b>216.691.503.156</b>
Target Penerimaan BLU				<b>555.000.000.000</b>	
<b>% Penerimaan</b>				<b>38,97%</b>	

Alokasi anggaran RSPON Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2025 revisi ke-6 tanggal 19 Mei 2025 sebesar Rp582.594.082.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sebesar Rp181.833.104.360,00 (31.21%).

Adapun perincian Alokasi dan Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel III. 23 Rincian Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2025

Keterangan	Pagu	Real	%	Sisa
<b>Rupiah Murni</b>				
Belanja Pegawai	49.121.648.000	30.284.142.076	(61.65%)	18.837.505.924
Belanja Barang	1.000.000.000	-	(0.00%)	1.000.000.000
Belanja Modal	29.163.155.000	-	(0.00%)	29.163.155.000
<b>Sub total</b>	<b>79.284.803.000</b>	<b>30.284.142.076</b>	<b>38,20%</b>	<b>49.000.660.924</b>
<b>Badan Layanan Umum</b>				
Belanja Barang	432.815.310.000	150.262.349.804	(34.72%)	282.552.960.196
Belanja Modal	33.636.128.000	1.286.612.480	(3.83%)	32.349.515.520
<b>Sub Total</b>	<b>466.451.438.000</b>	<b>151.548.962.284</b>	<b>32,49%</b>	<b>314.902.475.716</b>
<b>Saldo Awal BLU</b>	<b>36.857.841.000</b>	-	<b>(0.00%)</b>	<b>36.857.841.000</b>
	<b>582.594.082.000</b>	<b>181.833.104.360</b>	<b>31,21%</b>	<b>400.760.977.640</b>

#### 4. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada Semester 1 tahun 2025 telah dilakukan efisiensi anggaran yang didasarkan pada Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 Tahun 2025. Efisiensi anggaran bertujuan untuk memperbaiki tata kelola dan tata kerja sumber daya, menghindari pengeluaran yang tidak perlu, serta mengoptimalkan hasil kerja. Efisiensi anggaran merupakan langkah strategis dalam pengelolaan keuangan negara, namun perlu dilakukan dengan hati-hati agar tidak mengganggu pelayanan publik dan program-program prioritas pembangunan.

Tabel III. 24 Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2024

Jenis Belanja	Pagu	Realisasi	% Realisasi
Pegawai	39.558.856.000	29.010.636.447	73,34%
Barang	367.141.149.000	155.995.647.064	42,49%
Modal	768.016.554.000	204.956.147.094	26,69%
<b>Total</b>	<b>1.174.716.559.000</b>	<b>389.962.430.605</b>	<b>33,20%</b>

Tabel III. 25 Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2025

Jenis Belanja	Pagu	Realisasi	% Realisasi
Pegawai	49.121.648.000	30.284.142.076	61,65%
Barang	433.815.310.000	150.262.349.804	34,64%
Modal	99.657.124.000	1.286.612.480	1,29%
<b>Total</b>	<b>582.594.082.000</b>	<b>181.833.104.360</b>	<b>31,21%</b>



Berdasarkan tabel III.24 dan tabel III.25 menunjukkan bahwa RSPON Mahar Mardjono telah melakukan efisiensi anggaran, dimana realisasi anggaran pada semester 1 tahun 2025 (31,21%) lebih rendah dibandingkan semester 1 tahun 2024 (33,20%).

Upaya yang sudah dilakukan RSPON Mahar Mardjono dalam melaksanakan efisiensi anggaran:

- Mengidentifikasi kebutuhan barang dan jasa dengan jelas, pembelian barang sesuai urgensi, menghindari pembelian yang berlebihan atau tidak perlu
- Melakukan tender atau lelang untuk mendapatkan harga terbaik dari berbagai penyedia barang dan jasa
- Memanfaatkan teknologi untuk mempermudah proses pengadaan, seperti *e-purchasing* dan *e-catalog*, menurut DJPB Kemenkeu
- Mengoptimalkan penggunaan barang dan aset yang sudah ada, mengurangi kebutuhan untuk membeli barang baru
- Mengurangi belanja ATK rumah sakit dengan cara mengurangi anggaran ATK pada masing-masing unit rumah sakit
- Menghimbau penghematan kepada semua pegawai rumah sakit untuk mengurangi penggunaan listrik dan air dengan cara penggunaan AC dan lampu hanya di saat jam kerja
- Menghimbau kepada karyawan untuk bekerja se-efektif dan se-efisien mungkin sesuai dengan jam kerja, sehingga meminimalisir lembur pegawai.



## BAB IV

### PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan media untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Pimpinan RSPON Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan kementerian Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung selama semester 1 tahun 2025.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa kinerja pelaksanaan kegiatan dalam mendukung program-program Rumah Sakit sebagaimana telah ditetapkan 11 sasaran strategis dan 14 Indikator yang terdiri atas 10 sasaran strategis dengan 12 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON 2025-2029 dan 1 sasaran strategis dengan 2 Indikator Kinerja yang berasal dari indikator direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, dengan pencapaian selama semester 1 tahun 2025, diperoleh tingkat pencapaian sebesar 50% yang terdiri dari 7 indikator yang sudah tercapai, dan 7 indikator yang masih dalam proses pencapaian.

Ketercapaian Indikator kinerja Terpilih (IKT) sebesar 87,50% dimana telah tercapai 14 dari 16 IKT yang telah diperjanjikan. Capaian maturitas BLU tahun 2025 yang merupakan penilaian atas kinerja tahun 2024 berdasarkan hasil audit kinerja oleh KAP Hendrawinata Hanny Erwin & Sumargo sebesar 4,23.

### SARAN

Upaya dan strategi yang dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan kinerja dalam pelaksanaan kegiatan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Mahar Mardjono adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan promosi dan pemasaran khususnya untuk pelayanan Non JKN guna meningkatkan pendapatan Rumah Sakit



2. Melakukan efisiensi operasional Rumah Sakit melalui optimalisasi dalam pengelolaan keuangan baik dalam penyusunan anggaran, perencanaan, pelaksanaan anggaran kegiatan serta laporan keuangan sesuai dengan aturan yang berlaku;
3. Pengelolaan persediaan dapat dilakukan dengan pengadaan konsolidasi obat Bersama dengan Rumah Sakit Kemenkes, sehingga dapat mencegah pembelian harga obat yang lebih tinggi dibanding Rumah Sakit lain, dan menekan biaya pembelian obat yang *overpriced*.
4. Meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang sudah dicapai dengan baik dan meningkatkan Capaian Indikator Kinerja yang masih belum tercapai melalui monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan.

Pencapaian target indikator kinerja pada semester 1 tahun 2025 diharapkan dapat menjadi parameter bagi kegiatan-kegiatan dimasa mendatang yang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien untuk mencapai target kinerja tahun 2025. Selain itu untuk hal-hal yang dijadikan faktor penghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan profesionalisme dilingkungan RSPON Mahar Mardjono.