

# **LAPORAN KINERJA**

## **SEMESTER 1**

## **TAHUN 2026**



☎ 1500 202

📍 Jl. Dr. Sutomo 16 Semarang

✉ [info@rskariadi.co.id](mailto:info@rskariadi.co.id)

🌐 [www.rs-kariadi.go.id](http://www.rs-kariadi.go.id)

🏥 Pelayanan Asuransi Komersial & Umum  
**082221010909**

🕒 CS Paviljoen Eksekutif Garuda **0822 1199 7174**

# LAPORAN KINERJA SEMESTER I TAHUN 2026 RSUP DR. KARIADI SEMARANG

LEMBAR PENGESAHAN  
SEMARANG, 13 JUL 2026

1. Direktur Utama :  
dr. Agus Akhmadi, M.Kes  
NIP. 919640620202407101
2. Direktur Medik dan Keperawatan :  
dr. Alwi Samy, MKM  
NIP. 197505082002121007
3. Direktur SDM, Pendidikan & Penelitian :  
Sri Utami, SKM, MARS  
NIP. 197609251999032002
4. Direktur Perencanaan & Pengembangan  
Strategi Layanan :  
dr. Nurdopo Baskoro, Sp.Rad(K)  
NIP. 196911142001121001
5. Plt.Direktur Keuangan & BMN :  
Nur Hidayati, SE,M.Ak,QRMA  
NIP. 198003012008012030
6. Direktur Layanan Operasional:  
Dr. dr. Ninung Rose Diana K, MS.i, Med, Sp.A (K)  
NIP. 197305182008012008



## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Kinerja (LAKIP) Semester I Tahun 2026 RSUP Dr Kariadi Semarang dapat disusun dengan baik.

Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kinerja organisasi selama periode Januari–Juni 2026 sekaligus wujud implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Penyusunannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr Kariadi Tahun 2025–2029, Perjanjian Kinerja Tahun 2026, serta kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Melalui laporan ini disajikan capaian sasaran strategis dan indikator kinerja, serta analisis terhadap keberhasilan, kendala, dan upaya perbaikan yang diperlukan. Hasil yang dicapai pada Semester I Tahun 2026 mencerminkan komitmen RSUP Dr Kariadi Semarang dalam meningkatkan mutu pelayanan, memperkuat tata kelola organisasi, serta mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya secara efektif, efisien, dan akuntabel.

Kami menyampaikan apresiasi kepada seluruh jajaran manajemen, tenaga kesehatan, dan pegawai atas dedikasi dan kontribusinya dalam mendukung pencapaian kinerja rumah sakit. Masukan dan saran yang konstruktif sangat kami harapkan sebagai bahan penyempurnaan kinerja dan penyusunan laporan pada periode berikutnya.

Semoga laporan ini dapat menjadi instrumen evaluasi yang objektif dan bermanfaat dalam pengambilan keputusan serta mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu, berdaya saing, dan berorientasi pada hasil. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan rahmat, bimbingan, dan perlindungan-Nya kepada kita semua dalam menjalankan tugas dan pengabdian kepada bangsa dan negara.

Semarang, Juli 2026  
Direktur Utama



dr. Agus Akhmadi, M.Kes  
NIP. 919640620202407101

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja merupakan sarana pertanggungjawaban kinerja Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia serta seluruh pemangku kepentingan. Selain sebagai bentuk akuntabilitas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi, laporan ini juga menjadi sumber informasi yang penting dalam proses evaluasi, perbaikan perencanaan, dan peningkatan kinerja rumah sakit secara berkelanjutan.

Tahun 2026 merupakan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Dr Kariadi tahun 2025-2029 yang mengusung visi: "Rumah Sakit dengan pelayanan unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan" dengan misi : 1) Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung; 2) Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja; 3) Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan; 4) Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan; 5) Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara nasional; 6) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif.

Untuk mendukung visi dan misi, telah ditetapkan sasaran strategis dan indikator untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran dimaksud. Mengacu pada Rencana Strategis Bisnis periode 2025-2029 ditetapkan 10 sasaran strategis yaitu: 1) Terwujudnya layanan terbaik level Asia; 2) Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan 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; 10) Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal.

Dalam rangka mendukung pencapaian visi dan misi tersebut, RSUP Dr. Kariadi telah menetapkan 10 sasaran strategis yang dijabarkan ke dalam 17 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang menjadi dasar pengukuran keberhasilan organisasi. Ketujuhbelas indikator tersebut terdiri atas 12 indikator yang ditetapkan dalam dokumen Rencana Strategis Bisnis Tahun 2025–2029 dan 5 indikator direktif yang bersifat mandatori pada tahun 2026. Seluruh indikator tersebut menjadi komitmen kinerja yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Hasil pengukuran dan evaluasi kinerja menunjukkan bahwa dari 17 indikator kinerja yang ditetapkan, sebanyak 9 indikator atau 52,94% telah mencapai atau melampaui target



yang ditetapkan. Sebanyak 6 indikator atau 35,29% belum mencapai target, sedangkan 2 indikator atau 11,76% merupakan indikator dengan periode pelaporan tahunan sehingga pengukurannya belum dapat dilakukan pada periode pelaporan ini. Adapun indikator yang belum mencapai target meliputi:

1. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian;
2. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS;
3. *Training Effectiveness Index* (TEI);
4. *EBITDA Margin*;
5. Nilai Kinerja Penganggaran;
6. Realisasi Anggaran.

Indikator Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian mencapai 0,14% dari target sebesar 2%. Meskipun belum memenuhi target yang ditetapkan, rumah sakit telah melaksanakan berbagai langkah strategis sebagai bentuk komitmen dalam meningkatkan kontribusi pendapatan penelitian. Upaya yang dilakukan antara lain percepatan proses administrasi dan tata kelola penelitian bersponsor, optimalisasi pemanfaatan website KRISTAL (*Kariadi Research Information System and Clinical Trial Administration*), penguatan jejaring kerja sama dengan sponsor, *Contract Research Organization* (CRO), perguruan tinggi, lembaga penelitian, dan *Indonesia Clinical Research Center* (INA-CRC), serta peningkatan kapasitas sumber daya manusia, fasilitas, dan tata kelola penelitian sesuai standar *Good Clinical Practice* (GCP). Berbagai upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan jumlah penelitian bersponsor dan mendorong peningkatan pendapatan penelitian secara berkelanjutan.

Pada indikator Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit, realisasi yang dicapai sebesar 16,99% dari target 25%. Untuk meningkatkan capaian indikator ini, rumah sakit telah melaksanakan berbagai upaya perbaikan melalui pengembangan layanan dan perbaikan pengalaman pasien, antara lain dengan penerapan sistem jadwal praktik DPJP, evaluasi kinerja berkala melalui *e-Employee*, pemberian apresiasi melalui program *DPJP of the Month*, serta penyusunan regulasi pengaturan jadwal praktik rawat jalan dan operasi.

Selain itu, rumah sakit melakukan pemutakhiran *unit cost* layanan sebagai dasar pengembangan tarif yang lebih transparan dan kompetitif guna mendukung implementasi *e-Tarif*, *e-Billing*, tarif berbasis paket layanan atau *Clinical Pathway*, serta penguatan kerja sama dengan perusahaan asuransi dan korporasi. Langkah-langkah tersebut diharapkan dapat meningkatkan daya saing layanan dan mendorong pertumbuhan pendapatan non-JKN secara berkelanjutan.

Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I adalah 63,70% dari target 73,75%. Tindak lanjut yang sudah dilakukan adalah mengembangkan *dashboard* TEI secara *real time* yang terintegrasi dengan Sistem E-Diklat sehingga proses monitoring

dan evaluasi efektivitas pelatihan dapat dilakukan secara lebih cepat, akurat, dan berkelanjutan. Selain itu, akan diterapkan mekanisme input capaian pasca pelatihan secara mandiri oleh peserta melalui Sistem E-Diklat untuk memastikan ketersediaan data yang lebih lengkap, tepat waktu, dan terdokumentasi dengan baik. Melalui optimalisasi digitalisasi proses pengukuran TEI tersebut, diharapkan pemantauan hasil pelatihan menjadi lebih efektif serta mendukung peningkatan kompetensi SDM dan pengambilan keputusan berbasis data.

Capaian EBITDA Margin rumah sakit sebesar 10,47%, masih berada di bawah target yang ditetapkan yaitu lebih dari 15%. Untuk meningkatkan kinerja keuangan rumah sakit, berbagai langkah perbaikan telah dilakukan melalui efisiensi belanja operasional di seluruh unit kerja, percepatan penyelesaian *pending claim* JKN, peningkatan ketepatan coding diagnosis dan tindakan guna mengoptimalkan pendapatan klaim, serta optimalisasi pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan. Selain itu, rumah sakit terus meningkatkan produktivitas kamar operasi, khususnya pada akhir pekan dan hari libur, serta memperkuat strategi peningkatan pendapatan non-JKN melalui pengembangan layanan pasien umum dan perluasan kerja sama dengan perusahaan asuransi. Upaya tersebut diharapkan mampu meningkatkan pendapatan, mengendalikan biaya operasional, dan memperbaiki EBITDA *Margin* hingga akhir tahun.

Dari aspek efisiensi, rumah sakit juga melakukan berbagai langkah pengendalian biaya pelayanan melalui optimalisasi *Length of Stay* (LOS) tanpa mengurangi mutu layanan, evaluasi remunerasi untuk menjaga efisiensi beban pegawai, pengendalian biaya farmasi melalui optimalisasi pengelolaan persediaan, serta peningkatan efisiensi operasional melalui digitalisasi proses bisnis dan penguatan pengendalian penggunaan utilitas serta sumber daya. Efisiensi klinis diperkuat melalui penerapan *Clinical Pathway* secara konsisten.

Nilai Kinerja Anggaran pada Semester I Tahun 2026 mencapai 59,32 dari target 92,75 sehingga belum memenuhi target yang ditetapkan. Kondisi ini dipengaruhi oleh belum optimalnya pelaksanaan beberapa kegiatan dan proses pengadaan yang masih berlangsung pada Semester I. Sebagai upaya perbaikan, RSUP Dr. Kariadi akan melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa pada Semester II Tahun 2026, meningkatkan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran melalui rapat koordinasi secara berkala, melakukan pendampingan kepada unit kerja dengan capaian anggaran yang masih rendah, serta mengoptimalkan langkah-langkah mitigasi terhadap berbagai potensi hambatan pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran. Melalui upaya tersebut diharapkan nilai kinerja anggaran dapat meningkat dan mencapai target yang telah ditetapkan pada akhir tahun.

Pada indikator Realisasi Anggaran, capaian yang diperoleh sebesar 38,75% dari target 96%. Meskipun belum mencapai target, berbagai langkah perbaikan telah dilakukan untuk meningkatkan penyerapan anggaran, antara lain melalui percepatan pelaksanaan

program dan kegiatan, penguatan monitoring dan pengendalian pelaksanaan kegiatan secara berkala, optimalisasi prioritas penggunaan anggaran sesuai kebutuhan organisasi, percepatan proses penagihan oleh penyedia barang dan jasa, serta percepatan penyelesaian administrasi kontrak dan dokumen pembayaran. Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan anggaran.

Pada Semester I Tahun 2026, RSUP Dr. Kariadi didukung anggaran sebesar Rp1,97 triliun yang bersumber dari Rupiah Murni dan PNBPN BLU. Hingga akhir Semester I, realisasi anggaran mencapai Rp673,52 miliar atau 34,12% dari total pagu. Realisasi anggaran Rupiah Murni mencapai 54,84%, sedangkan realisasi PNBPN BLU mencapai 31,81%. Capaian tersebut masih relatif rendah karena sebagian besar kegiatan strategis, pengadaan barang dan jasa, serta belanja modal masih dalam proses pelaksanaan dan diproyeksikan terealisasi pada Semester II Tahun 2026.

Pencapaian 9 indikator kinerja atau 52,94% dari total indikator yang diukur merupakan hasil yang patut diapresiasi sebagai wujud kerja keras, dedikasi, dan komitmen seluruh civitas hospitalia RSUP Dr. Kariadi dalam melaksanakan program dan kegiatan yang telah direncanakan. Di sisi lain, terdapat 6 indikator kinerja atau 35,29% yang belum mencapai target dan akan menjadi fokus perhatian melalui berbagai upaya perbaikan, penguatan strategi, dan percepatan pelaksanaan program pada Semester II Tahun 2026. Selain itu, terdapat 2 indikator kinerja atau 11,76% yang memiliki periode pelaporan tahunan sehingga pengukurannya akan dilakukan pada semester II. Dengan komitmen yang kuat serta tindak lanjut yang telah disusun, diharapkan seluruh target kinerja dan sasaran strategis RSUP Dr. Kariadi dapat tercapai secara optimal sesuai dengan Perjanjian Kinerja yang telah ditetapkan.

## DAFTAR ISI

### Halaman

|                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>LAPORAN KINERJA.....</b>                                       | <b>i</b>   |
| <b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>                                     | <b>ii</b>  |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                                        | <b>iii</b> |
| <b>RINGKASAN EKSEKUTIF.....</b>                                   | <b>iv</b>  |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                            | <b>v</b>   |
| <b>DAFTAR TABEL.....</b>                                          | <b>ix</b>  |
| <b>DAFTAR GRAFIK.....</b>                                         | <b>x</b>   |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>                                       | <b>xi</b>  |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>                                     | <b>1</b>   |
| A. LATAR BELAKANG.....                                            | 1          |
| B. MAKSUD DAN TUJUAN.....                                         | 2          |
| C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP Dr. KARIADI.....                   | 3          |
| 1. Tugas Pokok RSUP Dr. Kariadi.....                              | 3          |
| 2. Fungsi RSUP Dr Kariadi.....                                    | 3          |
| D. PERAN STRATEGIS RSUP Dr. KARIADI.....                          | 3          |
| 1. Visi dan Misi.....                                             | 3          |
| 2. Misi RSUP Dr.Kariadi :.....                                    | 3          |
| 3. Nilai – nilai :.....                                           | 4          |
| 4. Tantangan Strategis.....                                       | 4          |
| E. STRUKTUR ORGANISASI.....                                       | 4          |
| 1. Direktorat Medik dan Keperawatan.....                          | 7          |
| 2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian..... | 8          |
| 3. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan.....  | 8          |
| 4. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara.....               | 9          |
| 5. Direktorat Layanan Operasional.....                            | 9          |
| F. SISTEMATIKA PENULISAN.....                                     | 10         |
| <b>BAB II PERENCANAAN KINERJA.....</b>                            | <b>12</b>  |
| A. RENCANA STRATEGIS BISNIS.....                                  | 12         |
| 1. Tujuan.....                                                    | 12         |
| 2. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama.....             | 12         |
| B. RENCANA KERJA TAHUNAN 2026.....                                | 14         |
| C. PERJANJIAN KINERJA 2026.....                                   | 14         |



|                                                                                                                        |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....</b>                                                                              | <b>16</b>  |
| A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI.....                                                                                     | 16         |
| B. REALISASI ANGGARAN.....                                                                                             | 54         |
| C. SUMBER DAYA.....                                                                                                    | 57         |
| 1. Sumber Daya Manusia.....                                                                                            | 57         |
| 2. Sarana & Prasarana.....                                                                                             | 59         |
| D. PROGRAM INOVASI.....                                                                                                | 61         |
| 1. Inovasi : Sistem Informasi Kariadi Employee.....                                                                    | 61         |
| 2. Optimalisasi Pelayanan Radiasi Komponen Darah di Radioterapi RSUP Dr.Kariadi Semarang.....                          | 61         |
| 3. "Digital Safety Escape Room": Metode Pembelajaran Seru untuk Meningkatkan Kesadaran Keamanan Informasi Pegawai..... | 62         |
| 4. PGA KARISA: Inovasi Digital Penatagunaan Antibiotik melalui Otorisasi Terintegrasi Berbasis RME.....                | 62         |
| E. PENGHARGAAN RSUP DR. KARIADI SEMESTER I TAHUN 2026.....                                                             | 62         |
| <b>BAB IV PENUTUP.....</b>                                                                                             | <b>64</b>  |
| <i>Lampiran 1.....</i>                                                                                                 | <i>67</i>  |
| <i>Lampiran 2.....</i>                                                                                                 | <i>70</i>  |
| <i>Lampiran 3.....</i>                                                                                                 | <i>78</i>  |
| <i>Lampiran 4.....</i>                                                                                                 | <i>83</i>  |
| <i>Lampiran 5.....</i>                                                                                                 | <i>85</i>  |
| <i>Lampiran 6.....</i>                                                                                                 | <i>88</i>  |
| <i>Lampiran 7.....</i>                                                                                                 | <i>90</i>  |
| <i>Lampiran 8.....</i>                                                                                                 | <i>94</i>  |
| <i>Lampiran 9.....</i>                                                                                                 | <i>95</i>  |
| <i>Lampiran 10.....</i>                                                                                                | <i>101</i> |
| <i>Lampiran 11.....</i>                                                                                                | <i>102</i> |

## **DAFTAR TABEL**

|           |                                                            |
|-----------|------------------------------------------------------------|
| Tabel 2.1 | Matriks Indikator Kinerja Utama Tahun 2025-2029            |
| Tabel 2.2 | Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2026             |
| Tabel 3.1 | Rekapitulasi Capaian Kinerja Tahun 2026                    |
| Tabel 3.2 | Alokasi dan Realisasi Anggaran RSUP Dr. Kariadi Tahun 2026 |
| Tabel 3.3 | Realisasi Anggaran Berdasarkan Sasaran Strategis           |
| Tabel 3.4 | Gambaran Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi per 30 Juni 2026      |

## **DAFTAR GRAFIK**

- Grafik 1. Pegawai berdasarkan kelompok profesi
- Grafik 2. Tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi
- Grafik 3. SDM berdasarkan golongan

## **DAFTAR LAMPIRAN**

|              |                                                             |
|--------------|-------------------------------------------------------------|
| Lampiran 1.  | Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Semarang Tahun 2026     |
| Lampiran 2.  | Definisi Operasional Indikator Kinerja Utama                |
| Lampiran 3.  | Pegawai RSUP Dr. Kariadi per 30 Juni 2026                   |
| Lampiran 4.  | Neraca RSUP Dr. Kariadi per 31 Mei 2026                     |
| Lampiran 5.  | Laporan Operasional RSUP Dr. Kariadi periode sd 31 Mei 2026 |
| Lampiran 6.  | Laporan Arus Kas periode 31 Mei Tahun 2026                  |
| Lampiran 7.  | Dokumentasi kegiatan RSUP Dr Kariadi Tahun 2026             |
| Lampiran 8.  | Penghargaan-penghargaan RSUP Dr Kariadi Tahun 2026          |
| Lampiran 9.  | Indikator Layanan Rumah Sakit                               |
| Lampiran 10. | Capaian Indikator Transformasi Layanan tahun 2026           |
| Lampiran 11. | Capaian Indikator Terpilih Rumah Sakit Tahun 2026           |
| Lampiran 12. | Capaian Indikator Keuangan Tahun 2026                       |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Penguatan akuntabilitas kinerja merupakan salah satu agenda reformasi birokrasi dalam rangka mewujudkan tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, transparan, dan akuntabel. Implementasi akuntabilitas kinerja dilaksanakan melalui penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang SAKIP. Melalui sistem ini, setiap instansi pemerintah wajib mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas dan pencapaian kerjanya secara terukur kepada para pemangku kepentingan.

SAKIP dikembangkan sebagai sistem manajemen kinerja yang terintegrasi dan berorientasi pada hasil (*result-oriented government*), sehingga mampu mendukung pengambilan keputusan yang efektif serta peningkatan kualitas penyelenggaraan pemerintahan. Sebagai bentuk pertanggungjawaban tersebut, setiap instansi pemerintah wajib menyusun laporan kinerja secara berkala, termasuk laporan kinerja semesteran.

RSUP Dr Kariadi sebagai Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan secara terpadu dan berkesinambungan. Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSUP Dr Kariadi berpedoman pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025–2029 yang menetapkan arah pengembangan rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan unggulan, pusat rujukan nasional, serta pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan.

Pelaksanaan kinerja Semester I Tahun 2026 yang memiliki tujuan organisasi yaitu menjadi Rumah Sakit dengan Layanan Terbaik Level Asia, menjadi Rumah Sakit Pengampu Nasional untuk 10 penyakit prioritas, menyelenggarakan Pendidikan, Penelitian dan Pelatihan.

Upaya-upaya RSUP Dr. Kariadi dalam mewujudkan tujuan organisasi ini tertuang dalam sasaran-sasaran yang ingin dicapai setiap tahunnya selama tahun 2025 yaitu:

1) Terwujudnya layanan terbaik level Asia; 2) Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan 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) Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal.



Seluruh program dan kegiatan yang dilaksanakan pada Semester I Tahun 2026 disusun berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) dan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) yang berbasis kinerja serta selaras dengan target yang telah ditetapkan dalam RSB. Pencapaian kinerja diukur melalui indikator kinerja utama dan indikator kinerja lainnya yang menjadi dasar evaluasi keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit.

Laporan Kinerja merupakan gambaran pencapaian kinerja rumah sakit yang ditunjukkan dengan tercapainya program kerja dan indikator kinerja yang dikaitkan dengan pencapaian realisasi anggaran serta pendapatan rumah sakit. Laporan Kinerja diharapkan dapat meningkatkan penyempurnaan perencanaan periode yang akan datang dan juga penyempurnaan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang.

Sebagai landasan, penyusunan laporan kinerja mengacu pada beberapa peraturan perundang-undangan yaitu :

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014 Tanggal 20 November 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Peraturan Menteri PANRB Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP)
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 Tentang Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Laporan Kinerja RSUP Dr Kariadi Semester I Tahun 2026 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi RSUP Dr Kariadi sebagai Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan RI selama semester I tahun 2026, yang merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Dr Kariadi 2025 – 2029.

Laporan ini juga menjadi wujud penerapan prinsip transparansi dan akuntabilitas dalam tata kelola yang baik (*good governance*), sekaligus sarana evaluasi kinerja organisasi untuk meningkatkan produktivitas, efektivitas, dan efisiensi penyelenggaraan rumah sakit pada aspek perencanaan, pengorganisasian, pengelolaan keuangan, serta pengembangan sumber daya manusia.

## **C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI RSUP Dr. KARIADI**

### **1. Tugas Pokok RSUP Dr. Kariadi**

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2024, RSUP Dr. Kariadi mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna serta melaksanakan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan di bidang kesehatan secara terpadu, berkesinambungan, dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan

### **2. Fungsi RSUP Dr Kariadi**

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana di atas, RSUP Dr. Kariadi menyelenggarakan fungsi :

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

## **D. PERAN STRATEGIS RSUP Dr. KARIADI**

### **1. Visi dan Misi**

Visi RSUP Dr. Kariadi :

" Rumah Sakit dengan pelayanan unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan "

### **2. Misi RSUP Dr.Kariadi :**

- a. Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung
- b. Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja
- c. Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan
- d. Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan
- e. Memberikan pengampunan untuk meningkatkan kapabilitas jaringan rumah sakit secara

nasional

f. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif

### 3. Nilai – nilai :

1. **Kepercayaan**, Yakin dan mampu memberikan pelayanan berkualitas, mendapat pengakuan sebagai pusat rujukan utama bagi pelanggan.
2. **Integritas**, Sifat atau keadaan yang menunjukkan kesatuan yang utuh sehingga memiliki potensi dan kemampuan yang memancarkan kewibawaan dan kejujuran.
3. **Peduli**, Peka terhadap kebutuhan orang lain dan mau membantu tulus ikhlas.
4. **Profesional**, Dalam menjalankan profesinya mengikuti standar, aturan dan menjamin mutu sebagai anggota organisasi rumah sakit.
5. **Efisien**, Pemanfaatan sumber daya sesuai kebutuhan dengan menggunakan waktu, biaya, tenaga yang tepat.
6. **Kebersamaan**, Kerja sama, saling menghargai, sinergi.

### 4. Tantangan Strategis

Tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSUP Dr Kariadi untuk periode tahun 2025 – 2029 sebagai berikut :

- a. Kebebasan berpendapat dimedia sosial semakin terbuka lebar
- b. Tuntutan hukum, pidana/perdata oleh masyarakat akibat pelayanan RS yang belum sesuai standar
- c. Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang standar pelayanan
- d. Kebijakan rekrutmen SDM dibatasi kualifikasi pendidikan dan formasi
- e. Keterbatasan rumah sakit dalam pemenuhan kebutuhan dokter subspesialistik
- f. Tarif INA CBGs masih lebih rendah daripada tarif RS
- g. Ketidakpastian ketersediaan informasi harga obat dan alkes karena pembatasan akses informasi harga obat dan alkes
- h. Semakin tinggi biaya pemeliharaan alat medik dan sarana prasarana gedung
- i. Perubahan regulasi bidang perumahsakitian yang cepat
- j. Semakin meningkatnya daya saing yang tinggi teknologi kesehatan
- k. Perubahan sistem rujukan menjadi sistem rujukan yang berbasis kompetensi
- l. Transisi epidemiologi : perubahan pola penyakit dari penyakit infeksi ke penyakit katastoprik
- m. Keamanan data dalam era digitalisasi
- n. Berdirinya RS baru dengan dukungan modal yang kuat dan pelayanan yang inovatif

## E. STRUKTUR ORGANISASI

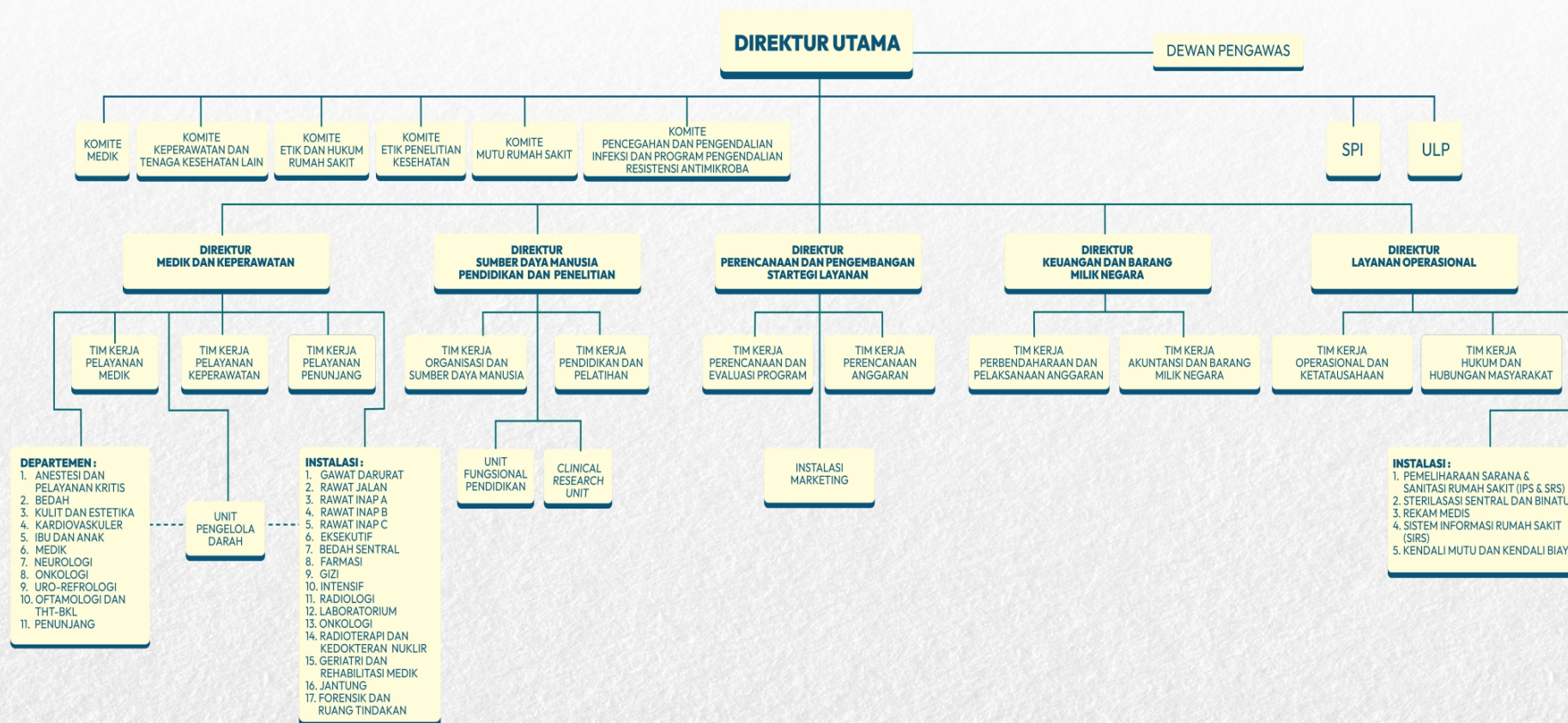
RSUP Dr Kariadi dipimpin oleh Direktur Utama dan susunan organisasi terdiri dari :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan
2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

3. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan
4. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara
5. Direktorat Layanan Operasional
6. Unit-unit fungsional

Bagan Struktur Organisasi RSUP Dr. Kariadi Semarang berdasarkan Keputusan Direktur Utama Nomor: HK.02.03/D.X/601/2026 tentang Struktur organisasi RSUP Dr Kariadi

## STRUKTUR ORGANISASI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG



\*SK DIRUT NOMOR : HK02.03/D.X/601/2026

Penjabaran rinci terhadap masing-masing Direktorat dan unit non struktural sebagaimana rincian dibawah ini :

### **1. Direktorat Medik dan Keperawatan**

Direktorat Medik dan Keperawatan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama dengan tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan non medis. Direktur Medik dan Keperawatan mempunyai fungsi a) pengelolaan pelayanan medis, keperawatan dan kebidanan, dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat; b) pengelolaan pelayanan nonmedis; c) pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; d) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas :

- a. Tim Kerja Pelayanan Medik yang dipimpin oleh Manager Pelayanan Medik. Dalam melaksanakan tugasnya Manager Pelayanan Medik dibantu oleh Asisten Manager Pelayanan Medik Rawat Inap dan Asisten Manager Pelayanan Medik Rawat Jalan.
- b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan yang dipimpin oleh Manager Pelayanan Keperawatan. Dalam melaksanakan tugasnya Manajer Pelayanan Keperawatan dibantu oleh Asisten Manager Pelayanan Keperawatan Rawat Inap dan Asisten Manager Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan.
- c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang yang dipimpin oleh Manager Pelayanan Penunjang. Dalam melaksanakan tugasnya Manager Pelayanan Penunjang dibantu oleh Asisten Manager Pelayanan Penunjang Medik dan Asisten Manager Pelayanan Penunjang Non Medik.

Direktorat Medik dan Keperawatan dibentuk Instalasi dan unit sebagai satuan kerja non struktural yaitu :

- a) Instalasi Eksekutif
- b) Instalasi Onkologi
- c) Instalasi Rawat Inap A
- d) Instalasi Rawat Inap B
- e) Instalasi Rawat Inap C
- f) Instalasi Jantung
- g) Instalasi Geriatri dan Rehabilitasi Medik
- h) Instalasi Radioterapi dan Kedokteran Nuklir
- i) Instalasi Rawat Intensif
- j) Instalasi Gawat Darurat
- k) Instalasi Bedah Sentral
- l) Instalasi Radiologi
- m) Instalasi Rawat Jalan
- n) Instalasi Gizi



- o) Instalasi Laboratorium
- p) Instalasi Farmasi
- q) Instalasi Forensik dan Ruang Tindakan
- r) Kepala Unit Pengelolaan Darah

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

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh Direktur dengan tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.

Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian mempunyai fungsi : a) penataan organisasi dan tata laksana; b) pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia; c) pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan; d) pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan e) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian terdiri atas :

- a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia dipimpin oleh Manager Organisasi dan Sumber Daya Manusia. Dalam melaksanakan tugasnya Manager Organisasi dan Sumber Daya Manusia dibantu oleh Asisten Manager Administrasi Kepegawaian, Asisten Manager Pengembangan SDM dan Asisten Manager Pembinaan dan Kesejahteraan Pegawai.
- b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan dipimpin oleh Manajer Pendidikan dan Pelatihan. Dalam melaksanakan tugasnya Manajer Pendidikan dan Pelatihan dibantu oleh Asisten Manager Pelatihan dan Asisten Manager Pendidikan.
- c. Instalasi *Centre Research Unit* (CRU) dipimpin oleh Kepala Instalasi Penelitian. Dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh Penanggung jawab Pelayanan CRU, Penanggung jawab : Administrasi Penelitian, Publikasi dan *Health Technology Assessment* serta Penanggung jawab Registri dan Laboratorium Penelitian CRU.
- d. Unit Fungsional Pendidikan dipimpin oleh Kepala Unit. Dalam tugasnya dibantu oleh Penanggung Jawab Pendidikan, Penanggung Jawab Penjaminan Mutu Pendidikan dan Penanggung Jawab Penunjang Pendidikan.

## **3. Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan**

Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan dipimpin oleh Direktur dengan tugas melaksanakan urusan perencanaan dan pengembangan strategi layanan. Direktur Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan mempunyai fungsi : a) penyusunan rencana, program, dan anggaran; b) pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; c) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan d) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Perencanaan dan Pengembangan Strategi Layanan terdiri atas :



- a. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Program dipimpin oleh Manager Perencanaan dan Evaluasi Program. Dalam melaksanakan tugasnya Manajer Perencanaan dan Evaluasi Program dibantu oleh Asisten Manager Perencanaan Program dan Asisten Manager Evaluasi dan Pelaporan Program.
- b. Tim Kerja Perencanaan Anggaran dipimpin oleh Manager Perencanaan Anggaran. Dalam melaksanakan tugas Manajer Perencanaan Anggaran dibantu oleh Asisten Manager Penyusunan Anggaran dan Asisten Manager Evaluasi Anggaran.
- c. Instalasi Marketing dipimpin oleh Kepala Instalasi Marketing. Dalam melaksanakan tugas dibantu oleh Penanggung jawab Sales dan Marketing, Penanggung Jawab *Customer Relationship Management* dan Penanggungjawab Pengembangan Produk dan Inovasi Layanan.

#### **4. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara**

Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan keuangan dan barang milik negara. Direktur Keuangan dan Barang Milik Negara mempunyai fungsi a) pelaksanaan urusan perbendaharaan; b) pelaksanaan anggaran; c) pelaksanaan urusan akuntansi ; d) pengelolaan barang milik negara; e) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan anggaran rumah sakit; dan f. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat.

Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara terdiri atas :

- a. Tim Kerja Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran dipimpin oleh Manajer Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran. Dalam melaksanakan tugas Manager Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran dibantu oleh Asisten Manager Perbendaharaan dan Asisten Manager Pelaksanaan Anggaran.
- b. Tim Kerja Akuntansi dan BMN dipimpin oleh Manajer Akuntansi dan BMN. Dalam melaksanakan tugas Manajer Akuntansi BMN dibantu oleh Asisten Manager Akuntansi dan Asisten Manager Pengelolaan Barang Milik Negara.

#### **5. Direktorat Layanan Operasional**

Direktorat Layanan Operasional dipimpin oleh Direktur yang mempunyai tugas melaksanakan urusan layanan operasional.

Direktur Layanan Operasional mempunyai fungsi a) pengelolaan sistem informasi rumah sakit; b) pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat; c) pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana; d) pemeliharaan dan perbaikan alat medis; e) pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit; f) pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit; g) pengelolaan layanan keamanan rumah sakit; h) pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; dan i) pemantauan, evaluasi, dan pelaporan Direktorat

Direktorat Layanan Operasional terdiri atas :

- a. Tim Kerja Operasional dan Ketatausahaan dipimpin oleh Manager Operasional dan

Ketatausahaan. Dalam melaksanakan tugas Manajer Operasional dan Ketatausahaan dibantu oleh Asisten Manager Operasional dan Asisten Manager Ketatausahaan.

- b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat dipimpin oleh Manager Hukum dan Hubungan Masyarakat. Dalam melaksanakan tugas Manager Hukum dan Hubungan Masyarakat dibantu oleh Asisten Manager Hukum dan Kerjasama dan Asisten Manager Informasi dan Hubungan Masyarakat.

Direktorat Layanan Operasional dibentuk Instalasi sebagai satuan kerja non struktural yaitu :

- 1) Instalasi SIRS
- 2) Instalasi IPS RS
- 3) Instalasi ISSB
- 4) Instalasi Rekam Medik
- 5) Instalasi Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr Kariadi No: HK.02.03/D.X/601/2026 tanggal 22 Januari 2026 tentang Struktur Organisasi RSUP Dr Kariadi, dijelaskan bahwa Komite di lingkungan RSUP Dr Kariadi terdiri dari :

- 1) Komite Medik
- 2) Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit
- 3) Komite Mutu Rumah Sakit
- 4) Komite Keperawatan dan Tenaga Kesehatan Lain
- 5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba
- 6) Komite Etik Penelitian Kesehatan

Selain membentuk Komite, Direktur Utama RSUP Dr Kariadi juga menetapkan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI) berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mempunyai tugas antara lain melakukan pemeriksaan dan penilaian atas efisiensi dan efektivitas di bidang keuangan, akuntansi, operasional, sumber daya manusia, pemasaran, teknologi informasi, dan kegiatan lainnya.

## **F. SISTEMATIKA PENULISAN**

Sistematika laporan adalah sebagai berikut :

### **Bab I Pendahuluan**

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

### **Bab II Perencanaan Kinerja**

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja tahun yang bersangkutan.

### **Bab III Akuntabilitas Kinerja**

#### **A. Capaian Kinerja Organisasi**

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja

sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
  2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir;
  3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
  4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan;
  5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
  6. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.
- B. Realisasi Anggaran
- Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.
- C. Sumber Daya
- D. Program Efisiensi
- E. Inovasi

#### **Bab IV Penutup**

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

Lampiran:

- 1) Perjanjian Kinerja Tahun 2026
- 2) Laporan Keuangan Tahun 2026 :
  - a. Neraca per 31 Mei 2026
  - b. Laporan Operasional per 30 Mei 2026
  - c. Laporan Arus Kas per 30 Mei 2026
- 3) Lain-lain yang dianggap perlu

## **BAB II**

### **PERENCANAAN KINERJA**

#### **A. RENCANA STRATEGIS BISNIS**

Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah dokumen perencanaan lima tahunan, berorientasi pada hasil yang ingin dicapai dan menjelaskan mengenai strategi atau arahan sebagai dasar dalam mengambil keputusan organisasi. RSB merupakan komponen penting dalam manajemen sebuah organisasi dan menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan *stakeholder*.

RSB disusun dan dilaksanakan oleh Pimpinan BLU dengan mengacu kepada rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2025 dilakukan penyusunan Rencana Strategis Bisnis 2025-2029 yang akan menjadi pedoman pengembangan Rumah Sakit dalam kurun waktu lima tahun kedepan.

Untuk itu dalam penerapannya didalam sebuah organisasi, pejabat tertinggi perlu membuat suatu perencanaan strategis yang dikoordinasikan dengan unit terkait untuk dijalankan bersama demi mencapai tujuan yang diinginkan dari sebuah organisasi.

##### **1. Tujuan**

RSUP Dr Kariadi sebagai Badan Layanan Umum yang tertuang dalam revisi Rencana Strategis Bisnis tahun 2025-2029 yang disebutkan dalam sasaran strategis antara lain:

- a. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
- b. Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas
- c. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan
- d. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
- e. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
- f. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
- g. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
- h. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan
- i. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
- j. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal.

##### **2. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama**

Sasaran strategis ditetapkan dalam rangka mewujudkan transformasi kesehatan. Untuk mengukur keberhasilan pencapaian sasaran strategis ditetapkan Indikator Kinerja Utama dan target yang harus dicapai. Tabel berikut menggambarkan sasaran strategis, indikator kinerja utama dan target yang harus dicapai kurun waktu tahun 2025-2029:

Tabel 2.1 Matriks Indikator Kinerja Utama Tahun 2025-2029

| NO | PERSPEKTIF             | SASARAN STRATEGIS                                                            | INDIKATOR KINERJA UTAMA                                                             | TAHUN   |         |         |             |             |
|----|------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|-------------|-------------|
|    |                        |                                                                              |                                                                                     | 2025    | 2026    | 2027    | 2028        | 2029        |
| 1  | Stakeholder            | Terwujudnya layanan terbaik level Asia                                       | 1 CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)                                                    | Baik    | Baik    | Baik    | Sangat Baik | Sangat Baik |
|    |                        | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas    | 2 % pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target                    | 50%     | 57,5%   | 65%     | 72,5%       | 80%         |
|    |                        | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan | 3 % pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU                             | 2%      | 2%      | 2%      | 2%          | 2%          |
| 2  | Proses Bisnis Internal | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal                     | 4 % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan | 25%     | 50%     | 75%     | 90%         | 100%        |
|    |                        | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel                            | 5 Skor BLU <i>Maturity Rating</i>                                                   | Level 4 | Level 4 | Level 4 | Level 4     | Level 4     |
|    |                        | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien                           | 6 <i>Bed Occupany Rate</i> (BOR)                                                    | 70%     | 70%     | 70%     | 70%         | 70%         |
|    |                        | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten                      | 7 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>                              | <1.0 ‰  | 100%    | 100%    | 100%        | 100%        |
|    |                        |                                                                              | 8 % Standar klinis yang tercapai                                                    | 80%     | 80%     | 80%     | 80%         | 80%         |
|    |                        | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan     | 9 % Pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS                           | 30%     | 40%     | 50%     | 50%         | 50%         |
| 3  | Learning & Growth      | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK             | 10 Skor tingkat kepuasan pegawai                                                    | Puas    | Puas    | Puas    | Sangat Puas | Sangat Puas |
|    |                        |                                                                              | 11 <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)                                        | 70%     | 73,75%  | 77,5%   | 81,25%      | 85%         |
| 4  | Finansial              | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                                  | 12 EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)                          | 15%     | 15%     | 15%     | 20%         | 20%         |

## B. RENCANA KERJA TAHUNAN 2026

Rencana kerja tahunan adalah dokumen perencanaan kinerja untuk periode satu tahun yang memuat kebijakan program dan kegiatan. Penyusunan rencana kerja tahunan merupakan penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam RSB. Penyusunan rencana kerja tahunan meliputi penetapan sasaran, indikator dan target yang ingin dicapai dalam tahun yang bersangkutan serta program dan kebijakan.

## C. PERJANJIAN KINERJA 2026

Sebagai bentuk upaya mewujudkan kinerja yang terdapat dalam Rencana Strategis Bisnis 2025-2029, maka target-target kinerja tahunan yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis dituangkan ke dalam Perjanjian Kinerja setiap tahunnya.

Perjanjian Kinerja Tahun 2026 memuat 17 Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan target yang harus dicapai sesuai dengan Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI. Indikator Kinerja Utama tersebut terdiri dari 12 Indikator Kinerja Utama yang telah ditetapkan dalam dokumen Rencana Strategis Bisnis dan 5 indikator merupakan Indikator Direkif yang merupakan mandatori untuk tahun 2026.

Perjanjian kinerja dibawah ini merupakan bentuk komitmen dari RSUP Dr. Kariadi untuk mewujudkan target kinerja dengan melaksanakan program dan/atau kegiatan pada tahun 2026. Indikator-indikator dan target yang harus dicapai dalam kurun waktu tahun 2026 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Lanjutan tahun 2026 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2026

| No  | Sasaran Kegiatan                                                              | Indikator Kinerja |                                                                                      | Target       |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| (1) | (2)                                                                           | (3)               |                                                                                      | (4)          |
| A   | Perspektif Stakeholders                                                       |                   |                                                                                      |              |
| 1   | Terwujudnya layanan terbaik level Asia                                        | 1.1               | IKM 17.2. Skor Kepuasan pelanggan (CSAT)                                             | Baik (90,64) |
| 2   | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas     | 2.1               | IKM 16.5.1 Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola / diampu sesuai target | 57,50%       |
| 3   | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 3.1               | IKM 32.3.1 Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU            | 2%           |

| No<br>(1) | Sasaran Kegiatan<br>(2)                                                  | Indikator Kinerja<br>(3) |                                                                                                                  | Target<br>(4) |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| B         | Perspektif Proses Bisnis Internal                                        |                          |                                                                                                                  |               |
| 4         | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal                 | 4.1                      | IKM 33.7 Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan   | 50%           |
| 5         | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel                        | 5.1                      | IKM 33.8 Skor BLU <i>Maturity Rating</i>                                                                         | Level 4       |
|           |                                                                          | 5.2                      | IKM 33.9 Nilai SAKIP RSUP Dr.Kariadi Semarang                                                                    | 83            |
| 6         | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien                       | 6.1                      | IKM 16.3.1 <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>                                                                       | 70%           |
| 7         | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten                  | 7.1                      | IKM 16.4.1 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>                                                  | 100%          |
|           |                                                                          | 7.2                      | IKM 16.3.3 Pasien Stroke Hiperakut (4.5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras 30 menit           | >80%          |
|           |                                                                          | 7.3                      | IKM 16.3.2 Pasien stroke iskemik dengan <i>Length of Stay (LOS)</i> 7 hari                                       | > 80%         |
| 8         | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | 8.1                      | IKM 33.10 Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS                                       | 25%           |
| C         | Persepektif <i>Learning &amp; Growth</i>                                 |                          |                                                                                                                  |               |
| 9         | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK         | 9.1                      | IKM 33.1 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai                                                                           | 78            |
|           |                                                                          | 9.2                      | <i>IKM 33.2 Training Effectiveness Index (TEI)</i>                                                               | 73,75%        |
| D         | Perspektif Finansial                                                     |                          |                                                                                                                  |               |
| 10        | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                              | 10.1                     | <i>IKM 33.3 EBITDA margin</i>                                                                                    | 15%           |
| E         | Indikator Direktif                                                       |                          |                                                                                                                  |               |
| 11        | Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya     | 11.1                     | IKM 33.3 Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr Kariadi Semarang                                                         | 92,75         |
|           |                                                                          | 11.2                     | IKM 33.4 Indeks Kualitas SDM RSUP Dr Kariadi Semarang                                                            | 82            |
|           |                                                                          | 11.3                     | IKM 33.5 Presentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr Kariadi Semarang | 95%           |
|           |                                                                          | 11.4                     | IKM 33.6 Presentase Realisasi Anggaran RSUP Dr Kariadi Semarang                                                  | 96%           |



## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI**

Pengukuran kinerja merupakan bagian integral dari implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) yang bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan program dan kegiatan berjalan sesuai dengan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Melalui pengukuran kinerja, RSUP Dr. Kariadi dapat menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan program, efektivitas strategi yang dijalankan, serta pemanfaatan sumber daya dalam mendukung pencapaian tujuan organisasi.

Tahun 2026 menjadi tahun kedua implementasi Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Kariadi Tahun 2025–2029 yang disusun selaras dengan Rencana Strategis Bisnis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029. Oleh karena itu, capaian kinerja pada tahun ini memiliki nilai strategis dalam mengukur keberhasilan pelaksanaan sasaran strategis rumah sakit selama periode perencanaan jangka menengah.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan target dan realisasi pada setiap indikator kinerja yang tercantum dalam RSB. Hasil pengukuran tersebut kemudian dianalisis secara menyeluruh untuk menilai tingkat keberhasilan pencapaian indikator, mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat, mengkaji penyebab keberhasilan maupun ketidaktercapaian target, serta mengevaluasi berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program dan kegiatan. Selain itu, analisis juga mencakup upaya perbaikan yang telah dilakukan serta efektivitas dan efisiensi pemanfaatan sumber daya dalam mendukung pencapaian kinerja.

Analisis capaian kinerja tidak hanya difokuskan pada tingkat pencapaian indikator, tetapi juga mencakup identifikasi faktor pendukung dan penghambat, analisis penyebab keberhasilan maupun ketidaktercapaian target, efektivitas pelaksanaan program dan kegiatan, serta efisiensi pemanfaatan sumber daya yang meliputi anggaran, sumber daya manusia, sarana prasarana, dan teknologi informasi. Pendekatan ini diharapkan mampu memberikan informasi yang lebih bermakna bagi manajemen dalam mengambil keputusan dan menyusun langkah perbaikan yang tepat.

Di samping itu, pengukuran kinerja juga berperan sebagai sarana akuntabilitas kepada para pemangku kepentingan. Melalui penyajian informasi capaian kinerja yang komprehensif, baik dibandingkan dengan target tahunan, realisasi tahun sebelumnya, maupun target jangka menengah yang telah ditetapkan dalam RSB, RSUP Dr. Kariadi dapat menunjukkan tingkat keberhasilan pelaksanaan program dan kegiatan secara transparan serta mempertanggungjawabkan kontribusinya dalam mewujudkan visi, misi, tujuan, dan sasaran strategis rumah sakit.

Berdasarkan hasil pengukuran dan evaluasi kinerja Semester I Tahun 2026, diketahui bahwa dari seluruh indikator kinerja yang ditetapkan, sebanyak 9 indikator kinerja telah mencapai atau melampaui target, sedangkan 6 indikator kinerja belum mencapai target yaitu:

1. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian;
2. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS;
3. *Training Effectiveness Index (TEI)*;
4. EBITDA Margin;
5. Nilai Kinerja Anggaran;
6. Realisasi Anggaran.

Capaian sasaran strategis terhadap 17 indikator dalam kurun waktu Semester I tahun 2026 dijelaskan sebagai berikut :

Tabel 3.1 Rekapitulasi Capaian Kinerja Tahun 2026

| No  | Sasaran Kegiatan                                                              | Indikator Kinerja |                                                                                                                | Target       | Realisasi      | Capaian |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------|
| (1) | (2)                                                                           | (3)               |                                                                                                                | (4)          | (5)            | (6)     |
| A   | Perspektif Stakeholders                                                       |                   |                                                                                                                |              |                |         |
| 1   | Terwujudnya layanan terbaik level Asia                                        | 1.1               | IKM 17.2. Skor Kepuasan pelanggan (CSAT)                                                                       | Baik (90,64) | N/A            | N/A     |
| 2   | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas     | 2.1               | IKM 16.5.1 Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola / diampu sesuai target                           | 57,50%       | 61,45%         | 107%    |
| 3   | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 3.1               | IKM 32.3.1 Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU                                      | 2%           | 0,14%          | 7%      |
| 4   | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal                      | 4.1               | IKM 33.7 Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan | 50%          | 71,67%         | 143%    |
| 5   | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel                             | 5.1               | IKM 33.8 Skor BLU <i>Maturity Rating</i>                                                                       | Level 4      | Level 4 (4,21) | 100%    |
|     |                                                                               | 5.2               | IKM 33.9 Nilai SAKIP RSUP Dr.Kariadi Semarang                                                                  | 83           | 88,1           | 106%    |
| 6   | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien                            | 6.1               | IKM 16.3.1 <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)                                                                     | 70%          | 73,64%         | 105%    |
| 7   | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten                       | 7.1               | IKM 16.4.1 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>                                                | 100%         | 100%           | 100%    |
|     |                                                                               | 7.2               | IKM 16.3.3 Pasien Stroke Hiperakut (4.5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras 30 menit         | >80%         | 100%           | 125%    |

| No       | Sasaran Kegiatan                                                         | Indikator Kinerja |                                                                                                                  | Target        | Realisasi     | Capaian    |
|----------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------|
| (1)      | (2)                                                                      | (3)               |                                                                                                                  | (4)           | (5)           | (6)        |
|          |                                                                          | 7.3               | IKM 16.3.2 Pasien stroke iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) 7 hari                                       | > 80%         | 100%          | 125%       |
| 8        | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | 8.1               | <b>IKM 33.10 Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS</b>                                | <b>25%</b>    | <b>16,99%</b> | <b>68%</b> |
| <b>C</b> | <b>Persepektif <i>Learning &amp; Growth</i></b>                          |                   |                                                                                                                  |               |               |            |
| 9        | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK         | 9.1               | IKM 33.1 Skor Tingkat Kepuasan Pegawai                                                                           | 78            | N/A           | N/A        |
|          |                                                                          | <b>9.2</b>        | <b><i>IKM 33.2 Training Effectiveness Index</i> (TEI)</b>                                                        | <b>73,75%</b> | <b>63,70%</b> | <b>86%</b> |
| <b>D</b> | <b>Perspektif Finansial</b>                                              |                   |                                                                                                                  |               |               |            |
| 10       | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                              | 10.1              | <b>IKM 33.3 EBITDA margin</b>                                                                                    | <b>15%</b>    | <b>10,47%</b> | <b>70%</b> |
| <b>E</b> | <b>Indikator Direktif</b>                                                |                   |                                                                                                                  |               |               |            |
| 11       | Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya     | <b>11.1</b>       | <b>IKM 33.3 Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr Kariadi Semarang</b>                                                  | <b>92,75</b>  | <b>59,32%</b> | <b>64%</b> |
|          |                                                                          | 11.2              | IKM 33.4 Indeks Kualitas SDM RSUP Dr Kariadi Semarang                                                            | 82            | 83,53         | 102%       |
|          |                                                                          | 11.3              | IKM 33.5 Presentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr Kariadi Semarang | 95%           | 99,19%        | 104%       |
|          |                                                                          | <b>11.4</b>       | <b>IKM 33.6 Presentase Realisasi Anggaran RSUP Dr Kariadi Semarang</b>                                           | <b>96%</b>    | <b>38,75%</b> | <b>40%</b> |

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA LAYANAN TERBAIK LEVEL ASIA

### 1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

Survei kepuasan pelanggan diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: Poliklinik, Rawat inap, IGD, dan Laboratorium

Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) berupa pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana.

Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan .

Nilai survei kepuasan = nilai survei kepuasan untuk menghitung indikator tersebut :

- Nilai survei kepuasan =  
(Total nilai dari persepsi per unsur/total unsur yang terisi) x nilai penimbang
- Konversi nilai x 25
- Total nilai kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                      | Indikator Kinerja              | Tahun | Target      | Realisasi           | Capaian |
|----------------------------------------|--------------------------------|-------|-------------|---------------------|---------|
| Terwujudnya layanan terbaik level Asia | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | 2025  | Baik        | Sangat Baik (99,06) | 100%    |
|                                        |                                | 2026  | Baik        | N/A                 | N/A     |
|                                        |                                | 2027  | Baik        | -                   | -       |
|                                        |                                | 2028  | Sangat Baik | -                   | -       |
|                                        |                                | 2029  | Sangat Baik | -                   | -       |

Untuk Indikator CSAT belum dapat dilakukan pengukuran karena indikator ini menggunakan pihak eksternal dalam proses pengukuran. Proses pengadaan pihak ketiga sudah sampai di PPK dan target pelaksanaan bulan Agustus tahun 2026. Diharapkan pada bulan Oktober tahun 2026 sudah tersedia laporan hasil pengukuran CSAT.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA PENYELENGGARAAN PENGAMPUAN NASIONAL UNTUK PENYAKIT PRIORITAS

### 2. Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target

Indikator persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.

Untuk menghitung indikator tersebut :  $(\text{layanan KJSU KIA dalam rumah sakit yang berhasil diampu} \div \text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}) \times 100\%$ .

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut :

| Sasaran Strategis                                                         | Indikator Kinerja                                                        | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas | Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target | 2025  | 50%    | 57,30%    | 115%    |
|                                                                           |                                                                          | 2026  | 57,5%  | 61,45%    | 107%    |
|                                                                           |                                                                          | 2027  | 65%    | -         | -       |
|                                                                           |                                                                          | 2028  | 72.5%  | -         | -       |
|                                                                           |                                                                          | 2029  | 80%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja indikator Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target pada Semester I Tahun 2026 mencapai 61,45% dari target tahunan sebesar 57,50%, sehingga diperoleh capaian kinerja sebesar 107%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan program pengampunan nasional yang menjadi tanggung jawab RSUP Dr. Kariadi telah melampaui target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Capaian ini menunjukkan komitmen RSUP Dr. Kariadi dalam mendukung transformasi sistem rujukan nasional melalui penguatan jejaring layanan kesehatan dan peningkatan kapasitas rumah sakit daerah pada layanan prioritas nasional, meliputi Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrologi, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Penjelasan realisasi lokus yang telah dilakukan kegiatan pengampunan 110 layanan dari 179 yang harus diampu dengan penjelasan sebagai berikut:

- 1) Kanker : 53 RS dari 53 RS
- 2) Jantung : 12 RS dari 50 RS
- 3) Stroke : 18 RS dari 38 RS
- 4) Uronefrologi : 22 RS dari 23 RS
- 5) KIA : 5 RS dari 15 RS

- b. Dibandingkan dengan realisasi Tahun 2025 sebesar 57,30%, realisasi Semester I Tahun 2026 sebesar 61,45% mengalami peningkatan sebesar 4,15 poin persentase. Peningkatan tersebut menunjukkan adanya perbaikan kinerja pelaksanaan program pengampuan dari aspek cakupan rumah sakit yang diampu oleh tim pengampu RSUP Dr. Kariadi. Selain itu, target tahun 2026 sebesar 57,50% juga lebih tinggi dibanding target tahun 2025 sebesar 50%, sehingga keberhasilan melampaui target pada tahun 2026 menunjukkan bahwa rumah sakit mampu mempertahankan tren peningkatan kinerja secara berkelanjutan.
- c. Realisasi kinerja untuk Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target Semester I Tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator                                                               | RSUP Dr Kariadi | RSCM  | RSUP Dr Sardjito |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|------------------|
| Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target | 61,45%          | 89,9% | 39%              |

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator presentase pencapaian lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai target dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor keberhasilan dalam mencapai target, diantaranya :

- 1) Pelaksanaan program pengampuan yang berjalan secara aktif dan berkelanjutan melalui berbagai kegiatan pendampingan, antara lain visitasi secara luring maupun daring, *proctoring* tindakan medis, *regional meeting*, diskusi kasus, monitoring dan evaluasi, serta penyelenggaraan pelatihan layanan prioritas KJSU-KIA.
- 2) Dukungan manajemen RSUP Dr. Kariadi yang kuat terhadap pelaksanaan program pengampuan, baik melalui penyediaan anggaran, dukungan administratif, kemudahan perizinan bagi tenaga pengampu, maupun fasilitasi koordinasi dengan rumah sakit jejaring.
- 3) Ketersediaan tenaga medis spesialis dan subspesialis yang kompeten sebagai tim pengampu pada layanan prioritas nasional.

b. Kendala

Meskipun target sudah tercapai namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan beberapa kendala diantaranya variasi tingkat komitmen pemerintah daerah dan manajemen rumah sakit jejaring dalam mendukung program pengampuan, baik dari aspek kebijakan, penyediaan sumber daya, maupun percepatan tindak lanjut rekomendasi hasil pendampingan.

c. Alternati Solusi

Alternatif solusi telah dilaksanakan, antara lain dengan memperluas cakupan kegiatan pengampuan kepada rumah sakit lokus yang belum mendapatkan pendampingan secara optimal. Selain itu, dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap rumah sakit yang telah memperoleh kegiatan pengampuan untuk menilai perkembangan capaian, mengidentifikasi kendala yang dihadapi, serta menyusun tindak lanjut yang diperlukan guna memastikan keberlanjutan hasil pengampuan.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dalam pelaksanaan program pengampuan dilakukan melalui optimalisasi pemanfaatan teknologi informasi. Berbagai kegiatan pengampuan, seperti visitasi, *tele-mentoring*, webinar, *case conference*, dan koordinasi teknis, dilaksanakan secara daring sehingga dapat mengurangi kebutuhan biaya perjalanan dinas, akomodasi, dan konsumsi tanpa mengurangi kualitas pendampingan yang diberikan.

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Keberhasilan pencapaian indikator persentase lokus yang dikelola/diampu didukung oleh berbagai program dan kegiatan pengampuan yang dilaksanakan secara terintegrasi. Kegiatan tersebut meliputi visitasi lapangan secara luring maupun daring, *tele-mentoring*, *proctoring*, *case conference*, *regional meeting*, pelatihan layanan prioritas KJSU-KIA, serta monitoring dan evaluasi berkala terhadap rumah sakit jejaring.

## **SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA PUSAT PENDIDIKAN, PELATIHAN, DAN PENELITIAN YANG BERKESINAMBUNGAN**

### **3. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian**

Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian adalah proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit.

- Pendapatan Operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN.
- Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis.
- Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022

Perhitungan realisasi :  $(\text{Jumlah pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian} / \text{Jumlah total pendapatan operasional rumah sakit}) \times 100\%$



Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                            | Indikator Kinerja                                          | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan | Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | 2025  | 2%     | 0,14%     | 7%      |
|                                                                              |                                                            | 2026  | 2%     | 0,14%     | 7%      |
|                                                                              |                                                            | 2027  | 2%     | -         | -       |
|                                                                              |                                                            | 2028  | 2%     | -         | -       |
|                                                                              |                                                            | 2029  | 2%     | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja Semester I Tahun 2026 untuk indikator persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian sebesar 0,14% dari target tahunan sebesar 2%, sehingga tingkat capaian kinerja mencapai 7%. Realisasi ini menggunakan data sampai dengan bulan Mei 2026, dikarenakan proses verifikasi dari TKPK baru dilaksanakan minggu ketiga bulan Juli 2026.
- Dibandingkan dengan realisasi tahun 2025 sebesar 0,14%, realisasi Semester I Tahun 2026 sebesar 0,14% menunjukkan belum adanya peningkatan capaian. Kondisi ini menunjukkan bahwa upaya peningkatan pendapatan dari kegiatan penelitian masih perlu diperkuat dan percepatan realisasi pendapatan dari penelitian yang sedang berjalan. Dengan target sebesar 2%, diperlukan langkah-langkah strategis yang lebih intensif agar capaian indikator dapat meningkat secara signifikan pada akhir tahun 2026.
- Realisasi kinerja untuk Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian Semester I Tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator                                                  | RSUP Dr Kariadi | RSCM  | RSUP Dr Sardjito |
|------------------------------------------------------------|-----------------|-------|------------------|
| Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian | 0,14%           | 0,96% | 0,28%            |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Pencapaian indikator persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian belum mencapai target yang ditetapkan karena masih terbatasnya jumlah penelitian bersponsor

yang masuk dan dilaksanakan di RSUP Dr. Kariadi. Pada tahun 2026 terdapat dua penelitian bersponsor yang direncanakan akan berjalan dengan nilai kontrak sebesar Rp382 juta dan Rp53 juta per sampel yang direkrut, sehingga memiliki potensi untuk meningkatkan kontribusi pendapatan dari kegiatan penelitian. Namun demikian, hingga Semester I Tahun 2026 pendapatan dari kedua penelitian tersebut belum dapat direalisasikan karena masih dalam proses penyelesaian *Clinical Trial Agreement* (CTA) dengan sponsor penelitian. Selain itu, mekanisme pencairan dana penelitian dilakukan secara bertahap sesuai termin pembayaran yang telah disepakati dalam Perjanjian Kerja Sama, sehingga pendapatan baru dapat diakui setelah tahapan penelitian dan kewajiban kontraktual tertentu terpenuhi.

b. Kendala

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pencapaian target diantaranya :

- 1) Pendapatan penelitian yang cukup besar adalah dari penelitian uji klinis bersponsor, namun saat ini belum ada penambahan jumlah penelitian bersponsor masih terbatas. Hal ini dikarenakan adanya persaingan yang cukup ketat diantara rumah sakit.
- 2) Penelitian bersponsor melalui beberapa tahapan yang membutuhkan waktu untuk sampai pada akhirnya dilakukan pencairan dana penelitian.
- 3) Upaya untuk memperoleh penelitian bersponsor melalui partisipasi dalam berbagai proses *feasibility study* belum seluruhnya berhasil. Beberapa proposal atau pengajuan lokasi penelitian belum lolos seleksi sponsor karena tingginya persaingan antar rumah sakit, pertimbangan kebutuhan sponsor, serta kesesuaian kriteria penelitian yang ditetapkan

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan untuk mencapai target yang ditetapkan diantaranya :

- 1) Melakukan percepatan proses administrasi dan tata kelola penelitian bersponsor, khususnya pada tahapan kajian kelayakan, persetujuan etik, penyusunan CTA dan PKS, sehingga waktu pelaksanaan penelitian dapat lebih singkat.
- 2) Mengoptimalkan pengembangan dan pemanfaatan website KRISTAL (*Kariadi Research Information System and Clinical Trial Administration*) sebagai media promosi dan publikasi yang menampilkan kesiapan RSUP Dr. Kariadi sebagai lokasi penelitian uji klinis, sehingga dapat meningkatkan visibilitas rumah sakit di tingkat nasional maupun internasional.
- 3) Memperkuat jejaring dan kerja sama dengan *Contract Research Organization* (CRO), sponsor farmasi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, serta Indonesia *Clinical Research Center* (INA-CRC) untuk meningkatkan peluang masuknya penelitian bersponsor ke RSUP Dr. Kariadi.

- 4) Meningkatkan kapasitas peneliti dan penelitian klinis melalui penguatan sumber daya manusia, fasilitas penelitian, serta tata kelola penelitian yang memenuhi standar *Good Clinical Practice* (GCP).

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pelaksanaan penelitian uji klinis memerlukan dukungan sumber daya manusia yang kompeten, fasilitas penelitian yang memadai, serta sistem tata kelola penelitian yang terstandar. Meskipun membutuhkan investasi sumber daya yang cukup besar, RSUP Dr. Kariadi telah mengoptimalkan pemanfaatan fasilitas dan SDM yang tersedia. Selain itu, koordinasi dengan sponsor, CRO, dan peneliti sebagian besar dilakukan secara daring sehingga dapat mengurangi biaya operasional dan meningkatkan efisiensi.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDYA SISTEM IT DAN TEKNOLOGI KESEHATAN YANG ANDAL

### 4. Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan

Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan “*Back office*”. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:

- Persentase integrasi RME ke SatuSehat<sup>1</sup> (W: 20%)
- Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)
- Persentase integrasi sistem *inventory*<sup>2</sup> : (W: 20%)
- Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS<sup>3</sup>: (W: 20%)

Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS<sup>4</sup>: (W: 20%)

Pengukuran kinerja dihitung dari nilai keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                        | Indikator Kinerja                                                                          | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan | 2025  | 25%    | 40%       | 150%*   |
|                                                          |                                                                                            | 2026  | 50%    | 71,67%    | 143%    |
|                                                          |                                                                                            | 2027  | 75%    | -         | -       |
|                                                          |                                                                                            | 2028  | 90%    | -         | -       |
|                                                          |                                                                                            | 2029  | 100%   | -         | -       |

\*) Untuk capaian kinerja > 150% dibatasi maksimal 150%

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja Semester I Tahun 2026 untuk indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan sebesar 71,67% dari target yang ditetapkan sebesar 50%, sehingga tingkat capaian kinerja mencapai 143%.

Capaian tersebut menunjukkan bahwa implementasi integrasi Sistem Informasi Rumah Sakit telah berjalan lebih cepat dibandingkan target yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Realisasi Presentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan pada Semester I tahun 2026 digambarkan pada tabel berikut :

| No               | Implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS)                                                                 | Implementasi | Bobot         |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| 1                | Persentase integrasi RME ke Satu Sehat                                                                          | 100%         | 20%           |
| 2                | Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan antrian BPJS                                                  | 100%         | 20%           |
| 3                | Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>                                                                    | 25%          | 5%            |
| 4                | Persentase integrasi <i>Human Resources Information System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS | 100%         | 20%           |
| 5                | Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS                                              | 33,35%       | 6,67%         |
| <b>Realisasi</b> |                                                                                                                 |              | <b>71,67%</b> |

- b. Dibandingkan dengan tahun 2025, realisasi indikator mengalami peningkatan dari 40% menjadi 71,67%, atau meningkat sebesar 31,67. Peningkatan tersebut menunjukkan komitmen RSUP Dr. Kariadi dalam mendukung transformasi digital kesehatan nasional melalui percepatan integrasi data dan layanan kesehatan ke dalam ekosistem IHS.
- c. Realisasi kinerja untuk Indikator Presentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit terintegrasi untuk seluruh layanan Semester I Tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini:

| Indikator                                                                                  | RSUP Dr Kariadi | RSCM | RSUP Dr Sardjito |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|------------------|
| Presentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan | 71,67%          | 60%  | 50%              |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Realisasi indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan pada Semester I Tahun 2026 mencapai 71,67% atau sebesar 143% dari target 50%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pengembangan dan integrasi sistem informasi di RSUP Dr. Kariadi berjalan dengan baik dan melampaui target yang telah ditetapkan. Keberhasilan ini didukung oleh komitmen manajemen dalam pengembangan transformasi digital rumah sakit, peningkatan interoperabilitas sistem dengan platform SATUSEHAT, serta penguatan koordinasi antar unit kerja dalam implementasi sistem informasi terintegrasi.

Selain integrasi layanan klinis, rumah sakit juga telah melakukan pengembangan integrasi pada sistem pendukung manajemen, sehingga proses bisnis rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien. Capaian tersebut menjadi fondasi penting dalam mewujudkan tata kelola rumah sakit yang berbasis digital dan terintegrasi.

b. Kendala

Meskipun capaian indikator telah melampaui target, masih terdapat beberapa kendala dalam pengembangan sistem informasi terintegrasi, khususnya pada integrasi proses bisnis non-klinis. Salah satu tantangan utama adalah kompleksitas dalam mengidentifikasi dan memetakan aplikasi yang terkait dengan proses perencanaan, penganggaran, pengadaan, dan pembayaran secara terintegrasi, mengingat proses tersebut melibatkan banyak unit kerja dengan kebutuhan, alur bisnis, dan sistem aplikasi yang berbeda-beda.

c. Alternati Solusi

Untuk mengatasi kendala tersebut, RSUP Dr. Kariadi telah melakukan penyusunan ulang *Blue Print* Sistem Informasi Rumah Sakit, khususnya pada area perencanaan, penganggaran, pengadaan, dan pembayaran yang terintegrasi. Penyusunan ulang blueprint dilakukan untuk memastikan keselarasan antara kebutuhan bisnis rumah sakit, arsitektur sistem informasi, dan arah transformasi digital rumah sakit.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan dilakukan dengan mengoptimalkan sumber daya *teknologi* informasi, infrastruktur jaringan, serta sumber daya manusia yang telah tersedia di lingkungan RSUP Dr. Kariadi. Pengembangan integrasi sistem dilakukan secara bertahap dengan memanfaatkan aplikasi yang telah ada sehingga dapat meminimalkan kebutuhan pengadaan aplikasi baru dan menekan biaya pengembangan sistem.

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Keberhasilan pencapaian indikator Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan didukung oleh pelaksanaan Program

Transformasi Digital Kesehatan Kementerian Kesehatan, khususnya melalui implementasi SATUSEHAT (*Integrated Health System/IHS*), pengembangan Rekam Medis Elektronik (RME), Pengembangan PACS *Opensource* dan Pengembangan LIS secara mandiri.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA TATA KELOLA YANG BERSIH DAN AKUNTABEL

### 5. Skor BLU Maturity Rating

Indikator Skor Badan Layanan Umum (BLU) *Maturity Rating* adalah skor BLU *maturity rating* yang dilakukan penilaian dari PPK-BLU, merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU *Service and Governance* serta *Maturity Rating (BLU Smart)*.

#### a. *Result Based*

- Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan
- Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif.
- Pada result based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan.

#### b. *Process Based*

- Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.
- Pada process-based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata Kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan. Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:

*Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing*

Untuk menghitung indikator tersebut : Skor BLU *Maturity Rating* = Bobot x capaian maturitas.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                 | Indikator Kinerja               | Tahun | Target  | Realisasi           | Capaian |
|---------------------------------------------------|---------------------------------|-------|---------|---------------------|---------|
| Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | Skor BLU <i>Maturity Rating</i> | 2025  | Level 4 | Level 4 (skor 4,21) | 100%    |
|                                                   |                                 | 2026  | Level 4 | Level 4 (skor 4,21) | 100%    |
|                                                   |                                 | 2027  | Level 4 | -                   | -       |
|                                                   |                                 | 2028  | Level 4 | -                   | -       |
|                                                   |                                 | 2029  | Level 4 | -                   | -       |

Hasil Skor BLU *Maturity Rating* sudah dilevel 4, berikut skor dari masing-masing aspek :

| No | Aspek                        | Skor |
|----|------------------------------|------|
| 1. | Keuangan                     | 3,16 |
| 2. | Pelayanan                    | 4,19 |
| 3. | Kapabilitas internal         | 4,50 |
| 4. | Tata Kelola dan kepemimpinan | 4,80 |
| 5. | Inovaasi                     | 4,50 |
| 6. | Lingkungan                   | 4,50 |

- a. Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa aspek keuangan mendapatkan skor yang kurang dari 4, dikarenakan realisasi nilai likuiditas sebesar 1,63 dan nilai efektivitas sebesar 1,00. Penilaian Tingkat Maturitas BLU Tahun 2026 masih menggunakan hasil penilaian Tahun 2025 karena saat ini Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPKBLU) Kementerian Keuangan sedang melakukan pengembangan dan penyempurnaan sistem penilaian maturitas BLU. Oleh karena itu, penilaian maturitas BLU Tahun 2026 belum dapat dilaksanakan dan hasil penilaian terakhir yang tersedia, yaitu Tahun 2025, digunakan sebagai dasar pengukuran capaian kinerja pada tahun berjalan.
- b. Realisasi kinerja untuk Skor BLU *Maturity Rating* tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator                       | Target  | RSUP Dr Kariadi     | RSCM                | RSUP Dr Sardjito    |
|---------------------------------|---------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Skor BLU <i>Maturity Rating</i> | Level 4 | Level 4 (Skor 4,21) | Level 4 (Skor 4,12) | Level 4 (Skor 4,34) |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Skor BLU *Maturity Rating* dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Capaian *Maturity Rating* BLU RSUP Dr. Kariadi sebesar 4,21 menunjukkan bahwa



tingkat kematangan tata kelola BLU berada pada kategori sangat baik. Capaian ini mencerminkan bahwa pengelolaan organisasi, keuangan, kinerja, manajemen risiko, pengendalian internal, dan pelayanan publik telah dilaksanakan secara terintegrasi, efektif, serta mendukung peningkatan kinerja rumah sakit secara berkelanjutan. Keberhasilan tersebut didukung oleh komitmen manajemen dalam memperkuat implementasi SAKIP, SPIP, manajemen risiko, serta perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja. Nilai *Maturity Rating* BLU yang tinggi juga menunjukkan konsistensi RSUP Dr. Kariadi dalam meningkatkan akuntabilitas pengelolaan keuangan, menjaga mutu pelayanan, memperkuat budaya kerja berorientasi kinerja, serta menindaklanjuti rekomendasi hasil audit dan evaluasi.

b. Kendala

Pencapaian indikator Tingkat Maturitas BLU masih menghadapi beberapa kendala, terutama pada aspek likuiditas keuangan, manajemen perubahan, dan tingkat keberhasilan pemenuhan layanan yang belum optimal. Selain itu, pada aspek pengelolaan pengetahuan (*knowledge management*), masih terdapat beberapa indikator yang belum terpenuhi, khususnya terkait pemanfaatan dan publikasi hasil penelitian yang telah diterbitkan dalam jurnal ilmiah sebagai bagian dari penerapan *evidence-based management* dan inovasi.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang dilakukan untuk meningkatkan capaian indikator Tingkat Maturitas BLU antara lain melalui penguatan koordinasi lintas unit dalam rangka perbaikan aspek-aspek yang masih belum optimal, khususnya pada pengelolaan keuangan, manajemen perubahan, dan peningkatan kualitas layanan. Pada aspek pengelolaan pengetahuan, dilakukan koordinasi dengan tim kerja penelitian untuk meningkatkan jumlah penelitian yang dipublikasikan serta pemanfaatan hasil penelitian dalam pengembangan kebijakan, inovasi, dan perbaikan layanan rumah sakit.

d. Analisa Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Peningkatan Maturitas BLU dilakukan melalui optimalisasi sumber daya yang tersedia, antara lain melalui perbaikan proses bisnis, penguatan koordinasi lintas unit, pemanfaatan teknologi informasi, dan peningkatan kompetensi SDM. Capaian maturitas yang sesuai target menunjukkan bahwa sumber daya rumah sakit telah dimanfaatkan secara efektif untuk mendukung peningkatan tata kelola, efisiensi pengelolaan keuangan, dan kualitas pelayanan.

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Pencapaian indikator Maturitas BLU didukung oleh program penguatan tata kelola rumah sakit, peningkatan kualitas pelayanan, implementasi manajemen risiko, penguatan sistem pengendalian internal, transformasi digital, serta pengembangan

kompetensi SDM. Selain itu, monitoring dan evaluasi kinerja secara berkala serta penguatan budaya inovasi turut mendukung peningkatan tingkat maturitas BLU.

## 6. Nilai SAKIP RSUP Dr. Kariadi

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan instrumen yang digunakan untuk memastikan bahwa pelaksanaan program dan kegiatan organisasi telah berorientasi pada pencapaian hasil (*outcome*), dilaksanakan secara efektif dan efisien, serta dapat dipertanggungjawabkan kepada pemangku kepentingan. Penerapan SAKIP mencakup rangkaian proses mulai dari perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi internal, hingga capaian kinerja yang terintegrasi dalam siklus manajemen kinerja organisasi.

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                    | Indikator Kinerja | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | Nilai SAKIP       | 2025  | 83     | 88        | 106%    |
|                                                                      |                   | 2026  | 83     | 88,1      | 106%    |
|                                                                      |                   | 2027  | 83     | -         | -       |
|                                                                      |                   | 2028  | 83     | -         | -       |
|                                                                      |                   | 2029  | 83     | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan:

- Indikator Nilai Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) pada Tahun 2026 ditargetkan sebesar 83, dengan realisasi sebesar 88,1, sehingga capaian kinerja mencapai 106%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa implementasi SAKIP di RSUP Dr. Kariadi telah berjalan dengan baik dan melampaui target yang ditetapkan.
- Apabila dibandingkan dengan Tahun 2025, nilai SAKIP mengalami peningkatan dari 88,0 menjadi 88,1 atau meningkat sebesar 0,1 poin. Peningkatan ini menunjukkan adanya perbaikan berkelanjutan dalam penerapan manajemen kinerja, mulai dari aspek perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi, hingga capaian kinerja yang berorientasi hasil.
- Perbandingan Nilai SAKIP dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator   | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM | RSUP Dr Sardjito |
|-------------|--------|-----------------|------|------------------|
| Nilai SAKIP | 83     | 88,1            | 89,9 | 86               |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator nilai SAKIP dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

- 1) Komitmen pimpinan dan seluruh unit kerja dalam menerapkan prinsip akuntabilitas kinerja secara konsisten.
- 2) Meningkatnya kualitas penyusunan dokumen perencanaan, perjanjian kinerja, pengukuran, dan pelaporan kinerja yang selaras dengan sasaran strategis organisasi.
- 3) Penguatan monitoring dan evaluasi kinerja secara berkala untuk memastikan pencapaian target yang telah ditetapkan.
- 4) Sinergi antara fungsi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan program, dan pelaporan kinerja dalam mendukung implementasi SAKIP.
- 5) Pendampingan dan koordinasi yang baik dengan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas implementasi SAKIP.

b. Kendala

- 1) Masih diperlukan penguatan keterkaitan antara capaian kinerja dengan pengelolaan anggaran yang berorientasi hasil (outcome).
- 2) Perlunya peningkatan kualitas analisis capaian kinerja pada beberapa indikator agar lebih menggambarkan efektivitas program dan kegiatan.

d. Alternatif Solusi

- 1) Melakukan penyempurnaan dokumen perencanaan dan pengukuran kinerja agar semakin berorientasi pada hasil dan manfaat.
- 2) Meningkatkan kualitas monitoring dan evaluasi kinerja secara berkala pada seluruh unit kerja.
- 3) Memperkuat integrasi antara perencanaan, penganggaran, manajemen risiko, dan pelaporan kinerja.
- 4) Melaksanakan pendampingan dan pembinaan kepada unit kerja dalam penyusunan dokumen SAKIP dan implementasi manajemen kinerja.

e. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Peningkatan nilai SAKIP dicapai melalui optimalisasi sumber daya yang tersedia tanpa memerlukan tambahan anggaran yang signifikan. Penguatan implementasi SAKIP dilakukan melalui pemanfaatan sistem informasi, koordinasi lintas unit, monitoring dan evaluasi berkala, serta pendampingan internal yang terintegrasi dengan proses bisnis organisasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa peningkatan kualitas akuntabilitas kinerja dapat dicapai secara efektif dan efisien.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA PROSES BISNIS YANG EFEKTIF DAN EFISIEN

### 7. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

BOR rumah sakit, atau *Bed Occupancy Rate*, adalah persentase penggunaan tempat tidur di rumah sakit pada periode waktu tertentu. Ini adalah indikator penting untuk menilai efisiensi dan pemanfaatan fasilitas rawat inap rumah sakit. BOR mengukur seberapa efektif rumah sakit memanfaatkan tempat tidur yang tersedia untuk merawat pasien rawat inap. Pentingnya BOR :

- o Efisiensi: BOR yang tinggi menunjukkan bahwa rumah sakit menggunakan tempat tidurnya secara efisien.
  - o Pendapatan: BOR yang tinggi juga dapat mengindikasikan potensi pendapatan yang lebih tinggi bagi rumah sakit.
  - o Kualitas Pelayanan: BOR yang ideal (antara 60-85%) dapat membantu menjaga keseimbangan antara kualitas pelayanan, kepuasan pasien, dan kesejahteraan staf.
- Formula untuk menghitung nilai BOR sebagai berikut:

$$\text{BOR} = (\text{Jumlah hari perawatan pasien} / (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam periode})) \times 100\%$$

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                  | Indikator Kinerja               | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien | <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 2025  | 70%    | 71,42%    | 102%    |
|                                                    |                                 | 2026  | 70%    | 73,64%    | 103%    |
|                                                    |                                 | 2027  | 70%    | -         | -       |
|                                                    |                                 | 2028  | 70%    | -         | -       |
|                                                    |                                 | 2029  | 70%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi *Bed Occupancy Rate* (BOR) Semester I Tahun 2026 adalah 73,64% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 70%.
- b. Capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 103%. Realisasi indikator *Bed Occupancy Rates* pada semester I tahun 2026 dijelaskan sebagai berikut :

BOR :  $(\text{HP semester I} / \text{TT} \times \text{HARIJAN}) + (\text{TT}) \times \text{HARI PEB} + (\text{TT}) \times \text{HARI MAR} + (\text{TT}) \times \text{HARI APR} + (\text{TT}) \times \text{HARI MEI} + (\text{TT}) \times \text{HARI JUN}) \} \times 100\%$   
 $= 148979 / 202300 \times 100\% = 73,64\%$

| Indikator | Bulan  |        |        |        |        |        | Semester I Tahun 2026 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
|           | Jan    | Feb    | Mar    | Apr    | Mei    | Jun    |                       |
| BOR (%)   | 75.21% | 75.03% | 63.93% | 78.33% | 73.29% | 76.54% | <b>73,64%</b>         |

- c. Dibandingkan dengan tahun 2025 yang mencapai 71,42%, realisasi BOR pada Semester I Tahun 2026 meningkat menjadi 73,64% atau naik sebesar 2,22 poin persentase. Peningkatan ini menunjukkan adanya peningkatan pemanfaatan kapasitas tempat tidur yang didukung oleh meningkatnya kunjungan dan kebutuhan pelayanan kesehatan di RSUP Dr. Kariadi.
- d. Realisasi kinerja untuk BOR semester I tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM   | RSUP Dr Sardjito |
|-----------|--------|-----------------|--------|------------------|
| BOR       | 70%    | 73,64%          | 77,02% | 82,53%           |

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator BOR tercapai melebihi target dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

- 1) Penambahan kapasitas tempat tidur Fast Track dari 246 tempat tidur menjadi 266 tempat tidur untuk meningkatkan daya tampung pasien.
- 2) Optimalisasi manajemen tempat tidur (bed management) melalui monitoring utilisasi tempat tidur secara berkala.
- 3) Pengendalian *Average Length of Stay* (AVLOS)
- 4) Pemberian target pemanggilan pasien guna meningkatkan utilisasi layanan rawat inap.
- 5) Penerapan kebijakan penempatan pasien secara fleksibel pada tempat tidur Fast Track maupun reguler sesuai ketersediaan dan kebutuhan pelayanan
- 6) Optimalisasi produktifitas kamar operasi di hari libur untuk mengoptimalkan jumlah tindakan operasi yang akhirnya berdampak pada peningkatan BOR.

b. Kendala

Meskipun tercapai namun masih ada kendala yang ditemukan dalam meningkatkan BOR :

- 1) Berkurangnya hari kerja efektif akibat banyaknya hari libur nasional dan cuti bersama pada Semester I Tahun 2026 berdampak terhadap produktivitas layanan rumah sakit.
- 2) Optimalisasi pelayanan pada akhir pekan masih menghadapi kendala karena belum seluruh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) berpartisipasi secara aktif dalam pelaksanaan layanan tersebut.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang dilakukan adalah melakukan pengaturan jadwal kepada DPJP untuk melakukan tindakan operasi dihari libur atau akhir pekan.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Capaian BOR yang tinggi dengan diikuti AVLOS yang relatif pendek menunjukkan pemanfaatan kapasitas tempat tidur yang semakin optimal. Kondisi ini memberikan dampak positif terhadap efisiensi operasional rumah sakit

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Keberhasilan pencapaian indikator BOR didukung oleh program pelayanan Fast Track dan juga pelaksanaan monitoring oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) turut berperan dalam mempercepat koordinasi pelayanan, mengidentifikasi potensi hambatan proses perawatan, memperlancar perencanaan pemulangan pasien.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA MUTU LAYANAN KLINIK YANG BAIK DAN KONSISTEN

### 8. *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates*

*Surveillance HAIs* merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:

a. *CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)*

b. *VAP (Ventilator Associated Pneumonia)*

c. *CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection)* di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU

d. *SSI (Surgical Site Infection)* - dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau Total Hip Replacement), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara

A: (jumlah kasus CAUTI = jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000  
*catheter urinary-days*

B: (jumlah kasus VAP = jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1000  
*ventilator days*

C: (jumlah kasus CLABSI = jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1000  
*central-days*

D: (jumlah kasus SSI = jumlah tindakan operasi) x 100

Setiap rumah sakit ditargetkan menurunkan angka kejadian infeksi  $\geq 10\%$  per jenis ITPK/HAI's per tahun

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah jenis kasus ITPK/ HAIs yang menurun} \geq 10\%}{4 \text{ Jenis kasus HAI's}}$$

4 Jenis kasus HAI's

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                    | Indikator Kinerja                                    | Tahun | Target  | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|---------|
| Terwujudnya layanan klinis yang baik | <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> | 2025  | < 1,0 ‰ | 0,22 ‰    | 100%    |
|                                      |                                                      | 2026  | 100%    | 100%      | 100%    |
|                                      |                                                      | 2027  | 100%    | -         | -       |
|                                      |                                                      | 2028  | 100%    | -         | -       |
|                                      |                                                      | 2029  | 100%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi kinerja *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* untuk semester I tahun 2026 adalah 100% telah mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 100% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 100%. Realisasi indikator *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* pada semester I tahun 2026 digambarkan pada tabel berikut :

| No | Insiden Infeksi | Bulan |       |       |       |       |       |
|----|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|    |                 | Jan   | Feb   | Maret | April | Mei   | Juni  |
| 1  | Insiden CAUTI   | 5,166 | 5,464 | 5,606 | 5,204 | 5,022 | 5,913 |
| 2  | Insiden VAP     | 0,252 | 0,239 | 0,204 | 0,293 | 0,234 | 0,159 |
| 3  | Insiden CLABSI  | 0,970 | 1,109 | 1,165 | 0,881 | 1,021 | 0,982 |
| 4  | Insiden SSI     | 1,489 | 1,978 | 2,020 | 1,610 | 2,021 | 1,666 |

- b. Perbandingan capaian HAIs antara tahun 2025 dan Semester I Tahun 2026 belum dapat dilakukan secara langsung karena terdapat perubahan formula pengukuran. Pada tahun 2025 indikator diukur berdasarkan angka kejadian HAIs (rate), sedangkan pada tahun 2026 diukur berdasarkan persentase penurunan kasus HAIs sebesar 10% dari baseline. Meskipun demikian, target Semester I Tahun 2026 telah tercapai sesuai yang ditetapkan
- c. Realisasi kinerja untuk HAIs semester I tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini

| Indikator | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM | RSUP Dr Sardjito |
|-----------|--------|-----------------|------|------------------|
| HAIs      | 100%   | 100%            | 50%  | 100%             |

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* dijelaskan sebagai berikut:



a. Analisis Pencapaian Kinerja

Tercapainya indikator terlaksananya *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* dipengaruhi beberapa faktor diantaranya Keberhasilan pencapaian indikator Healthcare Associated Infections (HAIs) Rate didukung oleh tingginya kepatuhan petugas dalam penerapan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yang ditunjukkan dengan kepatuhan kebersihan tangan sebesar 98,78% dan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai indikasi sebesar 100%. Kondisi tersebut berkontribusi dalam menurunkan risiko terjadinya infeksi terkait pelayanan kesehatan.

b. Kendala

Meskipun tercapai namun masih ada kendala yang ditemukan dalam mencapai target *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* ditemukan kendala yaitu kepatuhan hand hygiene terutama pada peserta didik yang berasal dari berbagai institusi dengan jumlah yang besar sehingga pengawasan belum dapat dilakukan secara optimal. Selain itu, ketersediaan APD yang belum sepenuhnya sesuai dengan ukuran dan kebutuhan pengguna dapat memengaruhi optimalisasi penggunaan APD sesuai standar

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian target sebagai berikut upaya perbaikan yang dilakukan antara lain memberikan pembekalan terkait Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) kepada peserta didik sejak hari pertama praktik di rumah sakit serta melakukan edukasi ulang secara berkala melalui supervisi oleh IPCN. Selain itu, dilakukan pemenuhan kebutuhan APD yang sesuai dengan ukuran dan kebutuhan pengguna berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan guna mendukung kepatuhan penggunaan APD secara optimal.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pengendalian HAIs yang efektif memberikan dampak efisiensi bagi rumah sakit melalui pencegahan infeksi terkait pelayanan kesehatan yang dapat menyebabkan perpanjangan hari rawat, peningkatan penggunaan antibiotik, tambahan tindakan medis, dan biaya perawatan. Tingginya kepatuhan hand hygiene, penggunaan APD sesuai indikasi, serta penerapan bundle pencegahan HAIs memungkinkan pemanfaatan sumber daya secara lebih optimal, sehingga kualitas pelayanan dan keselamatan pasien dapat terjaga dengan biaya yang lebih efisien.

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Faktor pendukung keberhasilan adalah penerapan bundle pencegahan HAIs, pelaksanaan surveilans infeksi secara rutin dan berkelanjutan, serta dukungan manajemen rumah sakit dalam penguatan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

## 9. Persentase standar klinis yang tercapai

Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) adalah untuk mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Layanan unggulan yang dipilih :

- Pasien stroke iskemik dengan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena
- Pasien stroke iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) 7 hari

Target standar klinis masing-masing layanan unggulan :

- Pasien stroke iskemik dengan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena :  $\geq 80\%$
- Pasien stroke iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) 7 hari :  $\geq 80\%$

Untuk menghitung indikator tersebut = (Jumlah standar klinis yang mencapai target / Jumlah seluruh standar klinis) x 100%

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                       | Indikator Kinerja                       | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | Persentase standar klinis yang tercapai | 2025  | 80%    | 100%      | 125%    |
|                                                         |                                         | 2026  | 80%    | 100%      | 125%    |
|                                                         |                                         | 2027  | 80%    | -         | -       |
|                                                         |                                         | 2028  | 80%    | -         | -       |
|                                                         |                                         | 2029  | 80%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi Persentase Standar Klinis yang Tercapai pada Semester I Tahun 2026 sebesar 100%, melebihi target yang ditetapkan sebesar 80%, sehingga capaian kinerja mencapai 125%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa seluruh standar klinis yang menjadi indikator pengukuran telah terpenuhi sesuai ketentuan yang berlaku, sebagai wujud komitmen rumah sakit dalam menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
- Capaian indikator pada Semester I Tahun 2026 sama dengan capaian tahun 2025, yaitu sebesar 100%, sehingga rumah sakit mampu mempertahankan kinerja yang optimal dalam pemenuhan standar klinis. Konsistensi capaian ini menunjukkan keberlanjutan implementasi tata kelola klinis dan program peningkatan mutu pelayanan yang telah berjalan dengan baik.
- Realisasi kinerja untuk standar klinis yang tercapai pada tahun 2025 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| No                                                       | Indikator                                                                          | Target     | RSUP Dr Kariadi | RSCM        | RSUP Dr Sardjito |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|-------------|------------------|
| 1                                                        | Pasien stroke iskemik dengan onset <4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena | ≥ 80%      | 100%            | 100%        | 95,33%           |
| 2                                                        | Pasien stroke iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) 7 hari                    | ≥ 80%      | 100%            | 100%        | 88,67%           |
| <b>Realisasi Persentase standar klinis yang tercapai</b> |                                                                                    | <b>80%</b> | <b>100%</b>     | <b>100%</b> | <b>100%</b>      |

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator persentase standar klinis yang tercapai dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Tercapainya indikator presentase standar klinis karena adanya implementasi Panduan Praktik Klinis (PPK), *Clinical Pathway*, monitoring dan evaluasi oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP), serta berbagai inovasi pelayanan, termasuk inovasi *Code Stroke* yang mempercepat proses identifikasi, respons, dan tata laksana pasien stroke akut sesuai standar pelayanan. Selain itu, monitoring kepatuhan standar klinis secara berkala dan koordinasi lintas profesi turut mendukung tercapainya seluruh indikator standar klinis yang ditetapkan.

b. Kendala

Meskipun capaian standar klinis telah mencapai target, masih terdapat tantangan dalam menjaga konsistensi kepatuhan terhadap standar pelayanan di seluruh unit pelayanan, terutama di tengah tingginya volume pasien, kompleksitas kasus rujukan, serta keterlibatan berbagai profesi dalam proses pelayanan.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja adalah melakukan monitoring dan evaluasi berkala terkait pelaksanaan pengelolaan pasien stroke

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian seluruh standar klinis menunjukkan bahwa sumber daya rumah sakit, baik SDM, sarana prasarana, maupun sistem tata kelola klinis, telah dimanfaatkan secara efektif untuk mendukung mutu pelayanan. Kepatuhan terhadap standar klinis juga berkontribusi dalam mengurangi variasi pelayanan, mencegah kejadian yang tidak diharapkan, serta meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit

e. Analisis Program yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Keberhasilan pencapaian didukung oleh inovasi layanan seperti *Code Stroke* berkontribusi dalam mempercepat penanganan pasien stroke akut sesuai standar waktu pelayanan yang ditetapkan serta kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dalam mengawal koordinasi.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA KEGIATAN PEMASARAN YANG INOVATIF DAN BERFOKUS PADA PELANGGAN

### 10. 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) :

- Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.
- Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN

Perhitungan capaian sebagai berikut:  $(\text{Jumlah pendapatan non-JKN} / \text{Jumlah total pendapatan operasional}) \times 100\%$

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                        | Indikator Kinerja                                                | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | 2025  | 30%    | 16%       | 53 %    |
|                                                                          |                                                                  | 2026  | 25%    | 16,99%    | 68%     |
|                                                                          |                                                                  | 2027  | 50%    | -         | -       |
|                                                                          |                                                                  | 2028  | 50%    | -         | -       |
|                                                                          |                                                                  | 2029  | 50%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi presentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS pada semester I tahun 2026 sebesar 16,99% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 25%, sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 68%. Realisasi ini menggunakan data sampai dengan bulan Mei 2026, dikarenakan proses verifikasi dari TKPK baru dilaksanakan minggu ketiga bulan Juli 2026.
- Dibandingkan tahun 2025, realisasi pendapatan non-JKN meningkat dari 16% menjadi 16,99% atau naik sebesar 0,99 poin persentase. Namun demikian, peningkatan tersebut masih belum cukup untuk mencapai target tahun 2026 sebesar 25%, sehingga diperlukan upaya yang lebih intensif untuk meningkatkan proporsi pendapatan non-JKN sebagai salah satu strategi penguatan kemandirian finansial rumah sakit.

- c. Realisasi kinerja untuk Presentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS yang tercapai pada Semester I tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator                                                        | RSUP Dr Kariadi | RSCM   | RSUP Dr Sardjito |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|------------------|
| Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | 16,99%          | 31,13% | 14,7%            |

Analisis pencapaian kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa faktor yang mempengaruhi belum tercapainya persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan Rumah Sakit diantaranya adalah :

- 1) Meskipun tren kunjungan pasien non-JKN cenderung meningkat namun kunjungan pasien asuransi masih relatif kecil.
- 2) Sebagian besar pendapatan non-JKN masih didominasi oleh pasien biaya pribadi dan layanan yang dibiayai oleh *global fund*.

b. Kendala

Kendala yang masih dirasakan dalam meningkatkan pendapatan non -JKN diantaranya:

- 1) Masih terdapat beberapa DPJP yang datang melebihi jadwal praktik sehingga berpotensi memengaruhi kepuasan pasien dan daya tarik layanan privat.
- 2) meningkatnya kebutuhan mitra asuransi terhadap layanan digital seperti e-Tarif, e-Billing, tarif berbasis *Clinical Pathway* (CP), serta skema *Coordination of Benefit* (COB) yang lebih variatif belum sepenuhnya dapat dipenuhi oleh rumah sakit.
- 3) Tarif *Medical Check Up* (MCU) untuk segmen korporasi masih kurang kompetitif dibandingkan fasilitas kesehatan lainnya sehingga memengaruhi peluang peningkatan kerja sama corporate.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan dalam rangka pencapaian kinerja sebagai berikut:

- 1) Upaya perbaikan yang dilakukan antara lain penerapan sistem reminder jadwal praktik DPJP, evaluasi capaian dan umpan balik kinerja secara berkala melalui *e-Employee*, serta pemberian apresiasi melalui program *DPJP of the Month* untuk meningkatkan kedisiplinan dan kualitas pelayanan.

Selain itu, dilakukan penyusunan regulasi pengaturan jadwal praktik rawat jalan dan operasi guna meningkatkan kepastian layanan bagi pasien.

- 2) Dalam mendukung peningkatan pendapatan non-JKN, rumah sakit juga melakukan penyusunan dan pemutakhiran unit cost layanan sebagai dasar pengembangan tarif yang lebih transparan, kompetitif, dan sesuai kebutuhan mitra asuransi. Langkah ini diharapkan dapat mendukung pengembangan e-Tarif, e-Billing, tarif berbasis paket layanan/Clinical Pathway, serta skema kerja sama dengan asuransi dan korporasi yang lebih fleksibel dan kompetitif.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi anggaran promosi telah dilakukan karena sebagian besar kegiatan promosi dilakukan secara digital melalui media sosial. Serta beberapa survei kepuasan pelanggan juga dilakukan melalui aplikasi berbasis IT.

## **SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA SDM YANG ANDAL DAN BUDAYA ORGANISASI YANG BER-AKHLAK**

### **11. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai**

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.

#### **Sasaran Responden**

Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit, dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.

#### **Unsur Survei Kepuasan Pegawai**

Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu:

- Unsur 1: Lingkungan kerja
- Unsur 2: Hubungan dengan atasan
- Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran
- Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier
- Unsur 5: Gaji dan kompensasi
- Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan
- Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit
- Unsur 8: Budaya rumah sakit

Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan

Perhitungan capaian sebagai berikut:

- Bobot nilai rata-rata tertimbang =  $(1)/(\text{Jumlah Unsur})$
- Nilai Survei Kepuasan =  $(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur} / \text{Total Unsur yang Terisi})$   
\* Nilai Penimbang

- Konversi Nilai Survei Kepuasan = Nilai Survei Kepuasan x 25
- Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut :

| Sasaran Strategis                                                | Indikator Kinerja             | Tahun | Target      | Realisasi    | Capaian |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|-------------|--------------|---------|
| Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | Skor Tingkat Kepuasan Pegawai | 2025  | Puas        | Puas (79,33) | 100%    |
|                                                                  |                               | 2026  | Puas        | N/A          | N/A     |
|                                                                  |                               | 2027  | Puas        | -            | -       |
|                                                                  |                               | 2028  | Sangat Puas | -            | -       |
|                                                                  |                               | 2029  | Sangat Puas | -            | -       |

Untuk Indikator skor tingkat kepuasan pegawai belum dapat dilakukan pengukuran karena indikator ini menggunakan pihak eksternal dalam proses pengukuran. Saat ini sudah berproses pengadaan oleh pihak ketiga. Diharapkan padaTriwulan III tahun 2026 sudah tersedia laporan hasil pengukuran skor tingkat kepuasan pegawai.

## 12. Training Effectiveness Index (TEI)

*Training Effectiveness Index* (TEI) adalah persentase nakes dan named yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh RS.

- Nakes dan named diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)
- Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas nakes atau named yang difasilitasi oleh rumah sakit
- Contoh pemfasilitasan rumah sakit adalah pembiayaan pelatihan

Perhitungan capaian sebagai berikut: (Jumlah nakes dan named yang mencapai 40 JPL/Jumlah nakes dan named x 100%

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                | Indikator Kinerja                         | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK | <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI) | 2025  | 70%    | 86,35%    | 123%    |
|                                                                  |                                           | 2026  | 73,75% | 63,70%    | 86%     |
|                                                                  |                                           | 2027  | 77,5%  | -         | -       |
|                                                                  |                                           | 2028  | 81,25% | -         | -       |
|                                                                  |                                           | 2029  | 85%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:



- a. Realisasi kinerja semester I tahun 2026 untuk indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) adalah 63,70% belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 73,75% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 86%.
- b. Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I tahun 2026 dapat digambarkan dengan tabel berikut :

| No | Indikator Kinerja                 | Target | Realisasi | Capaian |
|----|-----------------------------------|--------|-----------|---------|
| 1  | Jumlah Named yang mencapai 40 JPL | 73,75% | 16,04%    | 91,96%  |
| 2  | Jumlah Nakes yang mencapai 40 JPL | 73,75% | 67,82%    | 121,56% |

- c. Realisasi *Training Effectiveness Index* (TEI) pada Semester I Tahun 2026 sebesar 63,70% dari target 73,75%, sehingga capaian kinerja mencapai 86%. Jika dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya memang menurun. Namun karena indikator ini periode pengukuran adalah tahunan, diproyeksikan sampai dengan akhir tahun 2026 indikator ini akan tercapai dengan realisasi diharapkan lebih tinggi dari realisasi tahun 2025.
- d. Realisasi kinerja untuk TEI yang tercapai pada Semester I Tahun 2026 jika dibandingkan dengan beberapa rumah sakit vertikal lainnya di bawah Kementerian Kesehatan digambarkan dalam tabel dibawah ini :

| Indikator                                 | RSUP Dr Kariadi | RSCM   | RSUP Dr Sardjito |
|-------------------------------------------|-----------------|--------|------------------|
| <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI) | 63,70%          | 30,92% | 36,02%           |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Pencapaian Indikator Kinerja *Training Effectiveness Index* (TEI) RSUP Dr. Kariadi pada Semester I Tahun 2026 belum memenuhi target yang ditetapkan. Meskipun demikian, realisasi yang dicapai telah mencapai 63,70%, yang menunjukkan bahwa sebagian besar program pengembangan kompetensi SDM telah terlaksana dengan baik. Capaian tersebut masih berpotensi meningkat mengingat pelaksanaan evaluasi pasca pelatihan dan pengukuran efektivitas pelatihan masih akan terus dilakukan hingga akhir tahun.

- b. Kendala

Belum tercapainya target TEI antara lain disebabkan karena belum seluruh hasil pelatihan dan implementasi pasca pelatihan terdokumentasi dan tercatat dalam sistem pengelolaan pendidikan dan pelatihan.

Selain itu, masih terdapat peserta pelatihan yang belum menyampaikan laporan implementasi hasil pelatihan secara lengkap, sehingga dampak pelatihan terhadap peningkatan kinerja individu maupun unit kerja belum dapat terukur secara optimal.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan adalah memberikan fasilitas pelaporan mandiri kegiatan pengembangan kompetensi yang diikuti pegawai melalui tautan pelaporan yang telah disediakan oleh unit diklat. Upaya ini bertujuan untuk memastikan seluruh kegiatan pengembangan kompetensi dan capaian Jam Pelajaran (JPL) dapat terdokumentasi dengan lebih baik. Ke depan, proses pengumpulan dan pengelolaan data pengembangan kompetensi akan dioptimalkan melalui pengembangan fitur unggah dokumen hasil pengembangan kompetensi pada aplikasi E-Diklat, sehingga pencatatan JPL setiap pegawai dapat dilakukan secara terintegrasi, akurat, dan *real time*.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dalam pencapaian indikator TEI telah dilakukan melalui penyelenggaraan pelatihan, workshop, dan kegiatan pengembangan kompetensi dengan metode *blended learning* yang mengombinasikan pembelajaran daring dan luring. Pendekatan ini mampu mengurangi biaya penyelenggaraan pelatihan, biaya perjalanan dinas, serta waktu yang dibutuhkan peserta tanpa mengurangi efektivitas proses pembelajaran. Selain itu, pemanfaatan platform digital juga memperluas akses pegawai terhadap berbagai kegiatan pengembangan kompetensi secara lebih efisien.

## SASARAN STRATEGIS TERWUJUDNYA PENGELOLAAN KEUANGAN YANG ANDAL

### 13. 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.

- Pendapatan Operasional *Netto* adalah pendapatan operasional dikurangi dengan *Fee For Service* (biaya yang dikeluarkan rumah sakit vertikal untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis).
- Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidentil dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT

Perhitungan capaian sebagai berikut:  $(EBITDA / \text{Pendapatan operasional netto}) \times 100\%$ .

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                           | Indikator Kinerja    | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------|----------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal | EBITDA <i>Margin</i> | 2025  | 15%    | 10%       | 67%     |
|                                             |                      | 2026  | 15%    | 10,47%    | 70%     |
|                                             |                      | 2027  | 15%    | -         | -       |
|                                             |                      | 2028  | 20%    | -         | -       |
|                                             |                      | 2029  | 20%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi kinerja semester I tahun 2026 untuk indikator EBITDA *margin* adalah 10,47%. Belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 15% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 70%. Realisasi ini menggunakan data sampai dengan bulan Mei 2026, dikarenakan proses verifikasi dari TKPK baru dilaksanakan minggu ketiga bulan Juli 2026.
- Realisasi EBITDA Margin Semester I Tahun 2026 sebesar 10,47% terhadap target 15%, sehingga capaian kinerja mencapai 70%. Dibandingkan dengan tahun 2025 yang mencatat EBITDA Margin sebesar 10% dengan capaian 66,67%, realisasi tahun 2026 mengalami peningkatan sebesar 0,47 poin persentase. Meskipun target belum tercapai, peningkatan tersebut menunjukkan adanya perbaikan kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan pendapatan operasional untuk mendukung keberlanjutan layanan dan pengelolaan keuangan yang sehat
- Perbandingan nilai EBITDA Margin RSUP Dr Kariadi dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator            | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM  | RSUP Dr Sardjito |
|----------------------|--------|-----------------|-------|------------------|
| EBITDA <i>Margin</i> | 15 %   | 10,47%          | 5,98% | 19,74%           |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator EBITDA *Margin* dijelaskan sebagai berikut:

- Analisis Pencapaian Kinerja

Capaian EBITDA *Margin* semester I tahun 2026 belum mencapai target dikarenakan belum optimalnya pemanfaatan alat kesehatan dan sarana penunjang pelayanan dalam mendukung peningkatan pendapatan rumah sakit. Selain itu, efisiensi terhadap beban operasional rumah sakit masih perlu ditingkatkan, sehingga peningkatan biaya operasional belum sepenuhnya dapat diimbangi oleh

pertumbuhan pendapatan. Serta masih tingginya angka pending klaim pasien JKN. Kondisi tersebut berdampak pada kemampuan rumah sakit dalam menghasilkan margin operasional yang sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

b. Kendala

Belum tercapainya target EBITDA Margin dipengaruhi oleh tingginya beban operasional rumah sakit yang antara lain berasal dari kebutuhan pemeliharaan sarana prasarana dan alat kesehatan. Sebagian bangunan pelayanan yang masih digunakan merupakan bangunan lama dengan usia operasional yang cukup tinggi sehingga memerlukan biaya pemeliharaan dan perbaikan yang lebih besar untuk menjamin keselamatan, kenyamanan, dan keberlangsungan pelayanan.

Selain itu, sebagian alat kesehatan telah mendekati atau melewati masa utilitas ekonomis sehingga membutuhkan biaya pemeliharaan yang lebih tinggi, frekuensi perbaikan yang lebih sering, serta berpotensi menurunkan tingkat utilisasi alat. Kondisi tersebut berdampak pada meningkatnya beban operasional rumah sakit dan belum optimalnya produktivitas layanan yang dapat dihasilkan dari pemanfaatan aset yang ada. Di sisi lain, peningkatan pendapatan belum sepenuhnya mampu mengimbangi kenaikan biaya operasional tersebut sehingga target EBITDA Margin belum dapat tercapai secara optimal.

c. Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah dilakukan adalah untuk mencapai indikator EBITDA *Margin* diantaranya :

- 1) Melakukan berbagai upaya perbaikan, antara lain melalui efisiensi belanja operasional di seluruh unit kerja, percepatan penyelesaian pending klaim JKN.
- 2) Peningkatan ketepatan coding diagnosis dan tindakan guna mengoptimalkan pendapatan klaim, serta optimalisasi pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan.
- 3) Peningkatan pendapatan dilakukan melalui optimalisasi produktivitas kamar operasi, khususnya pada hari Sabtu, Minggu, dan hari libur.
- 4) Penguatan strategi peningkatan pendapatan non-JKN melalui layanan pasien umum (*out of pocket*) dan kerja sama dengan perusahaan asuransi.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan melalui pengendalian belanja operasional, optimalisasi utilisasi alat kesehatan dan sarana pelayanan yang telah tersedia, serta peningkatan produktivitas layanan tanpa memerlukan investasi sumber daya yang signifikan.

## SASARAN STRATEGIS MENINGKATNYA DUKUNGAN MANAJEMEN DAN PELAKSANAAN TUGAS TEKNIS LAINNYA

### 14. Nilai Kinerja Penganggaran

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

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

Capaian indikator kinerja dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                    | Indikator Kinerja          | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | Nilai Kinerja Penganggaran | 2025  | 92,35  | 97,72     | 106%    |
|                                                                      |                            | 2026  | 92,75  | 59,32     | 64%     |
|                                                                      |                            | 2027  | 92,75  | -         | -       |
|                                                                      |                            | 2028  | 92,75  | -         | -       |
|                                                                      |                            | 2029  | 92,75  | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Realisasi Nilai Kinerja Penganggaran semester I tahun 2026 adalah 59,32 dibandingkan target 92,75 sehingga tingkat capaian kinerja sebesar 64%. Nilai Kinerja Penganggaran sangat dipengaruhi oleh realisasi pelaksanaan anggaran dan kualitas pelaksanaan anggaran selama satu tahun penuh. Pada Semester I, sebagian kegiatan strategis dan belanja modal masih dalam proses pelaksanaan sehingga belum memberikan kontribusi optimal terhadap nilai kinerja penganggaran.
- Apabila dibandingkan dengan Tahun 2025, capaian Semester I Tahun 2026 masih lebih rendah. Pada Tahun 2025 target sebesar 92,35 berhasil direalisasikan sebesar 97,72 atau mencapai 106%. Namun demikian, nilai Semester I Tahun 2026 masih berpotensi meningkat pada akhir tahun. Hal ini seiring percepatan

pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran pada Semester II.

- c. Perbandingan Nilai Kinerja Penganggaran RSUP Dr Kariadi dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator                  | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM  | RSUP Dr Sardjito |
|----------------------------|--------|-----------------|-------|------------------|
| Nilai Kinerja Penganggaran | 92,75  | 59,32           | 54,49 | 61,93            |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Nilai Kinerja Penganggaran dijelaskan sebagai berikut:

a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator Nilai Kinerja Penganggaran pada semester I tahun 2026 belum tercapai dikarenakan realisasi pelaksanaan anggaran dan kualitas pelaksanaan anggaran selama satu tahun penuh. Pada Semester I, sebagian kegiatan strategis dan belanja modal masih dalam proses pelaksanaan sehingga belum memberikan kontribusi optimal terhadap nilai kinerja penganggaran.

b. Kendala

- 1) Beberapa kegiatan strategis dan pengadaan barang/jasa masih dalam proses pelaksanaan sehingga realisasi anggaran belum optimal pada Semester I.
- 2) Adanya penyesuaian jadwal pelaksanaan kegiatan akibat proses administrasi dan pengadaan yang memerlukan waktu lebih panjang.
- 3) Tingginya ketergantungan nilai kinerja penganggaran terhadap realisasi anggaran dan capaian output yang sebagian besar baru terealisasi pada Semester II

c. Alternatif solusi

- 1) Melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa pada Semester II Tahun 2026.
- 2) Meningkatkan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala melalui rapat koordinasi bulanan.
- 3) Melakukan pendampingan kepada unit kerja yang memiliki realisasi anggaran rendah agar pelaksanaan kegiatan dapat berjalan sesuai rencana.
- 4) Mengoptimalkan langkah-langkah mitigasi terhadap potensi hambatan pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Upaya peningkatan Nilai Kinerja Penganggaran dilakukan melalui optimalisasi sumber daya yang tersedia tanpa penambahan anggaran yang signifikan. Penguatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan dengan memanfaatkan sistem informasi yang telah tersedia serta koordinasi rutin antar unit kerja.

Selain itu, pemanfaatan teknologi informasi dalam pelaksanaan rapat koordinasi secara daring mampu menekan biaya operasional.

## 15. Realisasi Anggaran

Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan.

Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Satuan Kerja yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Satuan Kerja Perhitungan capaian sebagai berikut:  $(\text{Realisasi anggaran} / \text{pagu anggaran}) \times 100\%$

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                    | Indikator Kinerja  | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | Realisasi Anggaran | 2025  | 96%    | 92,13%    | 96%     |
|                                                                      |                    | 2026  | 96%    | 38,76%    | 40%     |
|                                                                      |                    | 2027  | 96%    | -         | -       |
|                                                                      |                    | 2028  | 96%    | -         | -       |
|                                                                      |                    | 2029  | 96%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Indikator Realisasi Anggaran pada Tahun 2026 ditargetkan sebesar 96%, sedangkan realisasi sampai dengan Semester I Tahun 2026 mencapai 38,76%, sehingga tingkat capaian kinerja sebesar 40%. Capaian tersebut masih berada di bawah target tahunan
- Apabila dibandingkan dengan Tahun 2025, realisasi anggaran mencapai 92,13% atau dengan tingkat capaian sebesar 96% dari target 96%. Meskipun capaian Semester I Tahun 2026 masih rendah, terdapat potensi peningkatan yang signifikan pada Semester II seiring dengan percepatan pelaksanaan kegiatan dan penyelesaian proses pengadaan yang sedang berjalan.
- Perbandingan Indikator Realisasi Anggaran RSUP Dr Kariadi dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator          | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM   | RSUP Dr Sardjito |
|--------------------|--------|-----------------|--------|------------------|
| Realisasi Anggaran | 96%    | 38,76%          | 39,53% | 35,44%           |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator realisasi anggaran dijelaskan sebagai berikut:



a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator Realisasi Anggaran Tahun 2026 ditargetkan sebesar 96%, dengan realisasi sampai Semester I Tahun 2026 sebesar 38,76%, sehingga tingkat capaian kinerja mencapai 40,38%. Realisasi tersebut berasal dari pelaksanaan anggaran pada pagu Rupiah Murni (RM) sebesar Rp197.720.118.000 dan pagu BLU setelah pembukaan blokir sebesar Rp1.776.314.112.000. Pada Semester I Tahun 2026 terdapat pembukaan blokir anggaran sebesar Rp394.390.663.000, yang terdiri atas blokir kode 10 sebesar Rp208.034.888.000 dan blokir kode A sebesar Rp186.355.775.000. Selain itu, rumah sakit juga memanfaatkan Saldo Awal BLU sebesar Rp239.942.181.000 untuk mendukung pelaksanaan program dan kegiatan. Meskipun capaian realisasi anggaran masih berada di bawah target tahunan, kondisi tersebut masih wajar mengingat sebagian besar kegiatan strategis, belanja modal, dan pengadaan barang/jasa masih dalam proses pelaksanaan dan diproyeksikan terealisasi pada Semester II Tahun 2026.

b. Kendala

Beberapa faktor yang mempengaruhi belum optimalnya realisasi anggaran sampai dengan Semester I Tahun 2026 antara lain:

- 1) Terdapat penyedia barang dan jasa yang belum segera melakukan penagihan meskipun pekerjaan telah selesai dilaksanakan sehingga pembayaran belum dapat direalisasikan.
- 2) Beberapa pekerjaan strategis masih memerlukan waktu untuk penyelesaian administrasi maupun penyelesaian fisik pekerjaan sebelum dapat dilakukan pembayaran.
- 3) Adanya pembukaan blokir anggaran pada pertengahan tahun menyebabkan sebagian kegiatan baru dapat dilaksanakan setelah alokasi anggaran tersedia.
- 4) Sebagian besar belanja modal dan kegiatan strategis memiliki karakteristik penyerapan yang lebih besar pada Semester II.

c. Alternatif solusi

Dalam rangka meningkatkan realisasi anggaran pada Semester I Tahun 2026, telah dan akan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Melakukan percepatan pelaksanaan dan penyelesaian program kerja yang telah direncanakan agar realisasi anggaran dapat meningkat sesuai target.
- 2) Meningkatkan pemantauan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan secara berkala melalui koordinasi lintas unit guna memastikan seluruh kegiatan berjalan sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

- 3) Melakukan prioritas ulang kebutuhan dan kegiatan berdasarkan pagu anggaran yang tersedia sehingga alokasi anggaran dapat dimanfaatkan secara lebih optimal.
- 4) Mendorong penyedia barang dan jasa untuk segera menyampaikan tagihan atas pekerjaan yang telah selesai guna mempercepat proses pembayaran dan realisasi anggaran.
- 5) Melakukan percepatan penyelesaian administrasi kontrak dan dokumen pendukung pembayaran untuk menghindari keterlambatan penyerapan anggaran

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Meskipun realisasi anggaran Semester I Tahun 2026 baru mencapai 38,76%, pelaksanaan program dan kegiatan tetap diupayakan berjalan secara efektif melalui optimalisasi pemanfaatan sumber daya yang tersedia. Pembukaan blokir anggaran dan pemanfaatan Saldo Awal BLU dilakukan secara selektif untuk mendukung kegiatan prioritas rumah sakit. Selain itu, pelaksanaan monitoring dan koordinasi secara daring serta penguatan pengendalian pelaksanaan kegiatan mampu meningkatkan efisiensi operasional tanpa mengurangi kualitas pelaksanaan program.

## 16. Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. Kariadi

Indeks profesionalitas ASN adalah ukuran statistik yang menggambarkan kulaitas ASN berdasarkan kesesuaian kualifikasi, kompetensi, kinerja dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                    | Indikator Kinerja   | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | Indeks Kualitas SDM | 2025  | -      | -         | -       |
|                                                                      |                     | 2026  | 82     | 83,52     | 102%    |
|                                                                      |                     | 2027  | 82     | -         | -       |
|                                                                      |                     | 2028  | 82     | -         | -       |
|                                                                      |                     | 2029  | 82     | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- a. Realisasi indeks kualitas SDM Tahun 2026 sebesar 83,52 dengan target yang ditetapkan sebesar 82 sehingga capaian kinerja sebesar 102%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan SDM RSUP Dr. Kariadi telah berjalan dengan baik dan mampu melampaui target yang ditetapkan.

- b. Indikator indeks kualitas SDM merupakan indikator kinerja direktif baru yang mulai diterapkan pada Tahun 2026. Oleh karena itu, belum tersedia data capaian pada tahun sebelumnya yang dapat digunakan sebagai pembanding. Meskipun demikian, realisasi sebesar 83,52 telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 82, menunjukkan bahwa kualitas pengelolaan dan pengembangan SDM RSUP Dr. Kariadi telah berada pada kategori yang baik dan mendukung pencapaian tujuan organisasi.
- c. Perbandingan Indeks kualitas SDM RSUP Dr Kariadi dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator           | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM  | RSUP Dr Sardjito |
|---------------------|--------|-----------------|-------|------------------|
| Indeks kualitas SDM | 82     | 83,52           | 84,31 | 82,53            |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator indeks kualitas SDM dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Indikator Indeks Kualitas SDM pada Semester I Tahun 2026 berhasil mencapai nilai 83,52 dari target 82, sehingga tingkat capaian kinerja mencapai 102%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan sumber daya manusia di RSUP Dr. Kariadi telah berjalan dengan baik dan mampu mendukung peningkatan kompetensi, profesionalisme, serta produktivitas pegawai. Keberhasilan ini didukung oleh pelaksanaan berbagai program pengembangan kompetensi, peningkatan budaya kerja berorientasi AKHLAK, penguatan manajemen talenta, serta optimalisasi sistem pengelolaan SDM berbasis digital.

- b. Kendala

Meskipun target telah tercapai, masih terdapat beberapa kendala yang dihadapi dalam pengelolaan SDM, antara lain tingginya kebutuhan pengembangan kompetensi seiring dengan perkembangan layanan dan teknologi kesehatan, serta adanya keterbatasan waktu pegawai untuk mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi karena tingginya beban pelayanan.

- c. Alternatif Solusi

Untuk mengatasi kendala tersebut, rumah sakit terus meningkatkan akses pengembangan kompetensi melalui pelatihan berbasis daring dan luring, memperkuat sistem pemetaan kompetensi dan manajemen talenta, mengoptimalkan pemanfaatan Sistem E-Diklat dalam pengelolaan pembelajaran pegawai, serta meningkatkan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pengembangan kompetensi agar lebih tepat sasaran sesuai kebutuhan organisasi dan individu.

d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian target Indeks Kualitas SDM dilakukan dengan pemanfaatan sumber daya yang efektif dan efisien melalui optimalisasi penggunaan platform digital dalam penyelenggaraan pelatihan, webinar, dan pembelajaran mandiri sehingga dapat mengurangi biaya pelaksanaan kegiatan tanpa mengurangi kualitas proses pembelajaran.

e. Analisis Program yang menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

Keberhasilan pencapaian indikator Indeks Kualitas SDM didukung oleh pelaksanaan program pengembangan kompetensi pegawai, pendidikan dan pelatihan teknis maupun manajerial, serta optimalisasi Sistem E-Diklat dan dashboard capaian TEI pegawai.

### 17. Presentase Rekomendasi Hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. Kariadi

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti adalah perbandingan antara jumlah rekomendasi hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah dinyatakan selesai ditindaklanjuti dengan jumlah keseluruhan rekomendasi yang menjadi kewajiban tindak lanjut RSUP Dr. Kariadi dalam periode tertentu.

Capaian indikator kinerja dalam dalam kurun waktu tahun 2025 - 2029 secara rinci dijelaskan pada tabel berikut:

| Sasaran Strategis                                                    | Indikator Kinerja                                                              | Tahun | Target | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|-----------|---------|
| Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | Presentase rekomendasi Hasil pemeriksaan BPK yang telah Tuntas ditindaklanjuti | 2025  | -      | -         | -       |
|                                                                      |                                                                                | 2026  | 95%    | 99,19%    | 104%    |
|                                                                      |                                                                                | 2027  | 95%    | -         | -       |
|                                                                      |                                                                                | 2028  | 95%    | -         | -       |
|                                                                      |                                                                                | 2029  | 95%    | -         | -       |

Berdasarkan tabel diatas dijelaskan bahwa:

- Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan yang Ditindaklanjuti/Tuntas pada Tahun 2026 ditargetkan sebesar 95%. Sampai dengan Semester I Tahun 2026, realisasi yang dicapai sebesar 99,19%, sehingga tingkat capaian kinerja mencapai 104%. Capaian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar rekomendasi hasil pemeriksaan dari aparat pengawasan internal maupun eksternal telah berhasil ditindaklanjuti dan diselesaikan sesuai ketentuan yang berlaku.
- Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti merupakan indikator kinerja direktif baru yang mulai diterapkan pada

Tahun 2026. Oleh karena itu, belum tersedia data capaian pada tahun sebelumnya yang dapat digunakan sebagai pembandingan. Meskipun demikian, realisasi sebesar 99,19% telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 95%, menunjukkan bahwa kepatuhan penyelesaian rekomendasi BPK sudah baik.

- c. Perbandingan Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti dengan beberapa RS Vertikal digambarkan pada tabel berikut:

| Indikator                                                                      | Target | RSUP Dr Kariadi | RSCM   | RSUP Dr Sardjito |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|--------|------------------|
| Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti | 95%    | 99,19%          | 99,22% | 99,42%           |

Analisis Pencapaian Kinerja, kendala, alternatif solusi yang telah dilakukan dan efisiensi penggunaan sumber daya atas indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti dijelaskan sebagai berikut:

- a. Analisis Pencapaian Kinerja

Beberapa hal yang mendukung pencapaian kinerja yaitu:

- 1) Tingginya komitmen pimpinan dan seluruh unit kerja dalam menindaklanjuti rekomendasi hasil pemeriksaan secara tepat waktu.
- 2) Koordinasi yang baik antara unit kerja, Satuan Pengawasan Internal (SPI), serta unit terkait dalam proses penyelesaian tindak lanjut rekomendasi.
- 3) Adanya mekanisme monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil pemeriksaan yang dilakukan secara berkala.
- 4) Pemanfaatan sistem pelaporan dan monitoring yang memudahkan pemantauan progres penyelesaian tindak lanjut rekomendasi.
- 5) Meningkatnya pemahaman unit kerja terhadap pentingnya penyelesaian rekomendasi sebagai bagian dari upaya peningkatan tata kelola organisasi.

- b. Kendala

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pencapaian target diantaranya :

- 1) Terdapat beberapa rekomendasi hasil pemeriksaan yang memerlukan koordinasi dengan pihak eksternal untuk memperoleh persetujuan penyelesaian.
- 2) Beberapa temuan memerlukan proses administrasi yang cukup panjang sebelum dapat dinyatakan tuntas.
- 3) Adanya temuan yang secara substansi telah ditindaklanjuti secara optimal oleh rumah sakit, namun masih memerlukan proses penetapan status penyelesaian melalui mekanisme yang berlaku.

### c. Alternatif Solusi

- 1) Terus melakukan koordinasi secara intensif dengan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan terkait progres penyelesaian rekomendasi hasil pemeriksaan.
- 2) Mengajukan dan menindaklanjuti proses TPTD (Temuan Tidak Dapat Ditindaklanjuti) terhadap temuan yang telah diupayakan penyelesaiannya secara optimal oleh rumah sakit sesuai ketentuan yang berlaku.
- 3) Memperkuat monitoring dan evaluasi tindak lanjut rekomendasi melalui rapat koordinasi berkala dengan seluruh unit terkait.
- 4) Memastikan setiap rekomendasi memiliki penanggung jawab dan target waktu penyelesaian yang jelas.

### d. Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian indikator ini diperoleh melalui optimalisasi fungsi pengawasan internal dan koordinasi lintas unit tanpa memerlukan tambahan anggaran yang signifikan. Pemanfaatan mekanisme monitoring rutin, koordinasi daring maupun luring dengan Inspektorat Jenderal, serta pendampingan oleh SPI memungkinkan percepatan penyelesaian tindak lanjut rekomendasi secara efektif dan efisien.

## B. REALISASI ANGGARAN

Laporan realisasi anggaran yang ada dalam Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) tahun 2026 terdiri dari DIPA APBN (Rupiah Murni) dan Non APBN (BLU) yang menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya meliputi unsur-unsur pendapatan dan belanja tahun 2026 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.2 Alokasi dan Realisasi Anggaran RSUP Dr. Kariadi Semester I Tahun 2026

| NO            | URAIAN                     | PAGU                     | REALISASI              | (%)           |
|---------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|---------------|
| <b>1</b>      | <b>RUPIAH MURNI</b>        | <b>197.720.118.000</b>   | <b>108.438.699.184</b> | <b>54,84%</b> |
| a             | Layanan Gaji dan Tunjangan | 197.720.118.000          | 108.438.699.184        | 54,84%        |
|               |                            |                          |                        |               |
| <b>2</b>      | <b>PNBP/BLU</b>            | <b>1.776.314.122.000</b> | <b>565.079.883.597</b> | <b>31,81%</b> |
| a             | Belanja barang             | 1.524.247.230.000        | 556.331.880.339        | 36,50%        |
| b             | Belanja Modal              | 252.066.892.000          | 8.748.003.258          | 3,47%         |
| <b>JUMLAH</b> |                            | <b>1.974.034.240.000</b> | <b>673.518.582.781</b> | <b>34,12%</b> |

Sumber data: omspan

Dari tabel di atas tentang pertanggungjawaban alokasi anggaran dan realisasi dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Alokasi anggaran bersumber Rupiah Murni dari total sebesar Rp.197.720.118.000 dapat direalisasikan sebesar Rp108.438.699.184 atau 54,84%.

- b. Alokasi anggaran bersumber dari PNPB BLU dari total sebesar Rp1.776.314.122.000 dapat direalisasikan sebesar Rp 5 565.079.883.597 atau 31,81%.

Realisasi Anggaran per sasaran strategis tercantum pada tabel berikut ini:

Tabel 3.3 Realisasi Anggaran Berdasarkan Sasaran Strategis

| N<br>O | Uraian                                                                                     | Belanja         |                 |        | Capaian Kinerja |           |         |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-----------|---------|
|        |                                                                                            | Anggaran        | Realisasi       | %      | Target          | Realisasi | %       |
| 1      | Terwujudnya layanan terbaik level Asia                                                     |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)                                                             | 522.424.408.000 | 99.320.636.392  | 19,01% | 90,64%          | 19,01%    | 20,97%  |
|        | 7958.CCB.001 Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)                                     | 280.757.257.000 | 90.598.058.905  | 32,27% |                 |           |         |
|        | 7958.CAB.002 Alat Kesehatan (LR)                                                           | 95.650.806.000  | 4.449.022.489   | 4,65%  |                 |           |         |
|        | 7958.CBV.002 Renovasi Gedung Layanan - LR                                                  | 39.634.855.000  | 8.512.090       | 0,02%  |                 |           |         |
|        | 7958.CBV.004 Alat Non Medik - LR                                                           | 15.832.692.000  | 4.105.246.284   | 25,93% |                 |           |         |
|        | 7958.EBB.951 Layanan Sarana Internal                                                       | 90.308.798.000  | 76.451.200      | 0,08%  |                 |           |         |
|        | 7958.FAE.001 Layanan Pemantauan dan Evaluasi serta Pelaporan di UPT Vertikal (LR)          | 240.000.000     | 83.345.424      | 34,73% |                 |           |         |
| 2      | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas                  |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target                   |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | 7958.DCM.002 Pelatihan Bidang Kesehatan (LR)                                               | 2.300.000.000   | 503.355.184     | 21,89% | 57,50%          | 21,89%    | 38,06%  |
| 3      | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan              |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian                                 |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | 7958.DCM.002 Pelatihan Bidang Kesehatan (LR)                                               | 9.848.366.000   | 1.926.474.286   | 19,56% | 2%              | 19,56%    | 978,07% |
| 4      | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal                                   |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Persentase penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan | 13.710.931.000  | 422.861.938     | 3,08%  | 50%             | 3,08%     | 6,17%   |
|        | 7958.CAN.001 Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR)                                    | 2.742.172.000   | 218.750.001     | 7,98%  |                 |           |         |
|        | 7958.CAN.002 Software/ antivirus UPT Vertikal (LR)                                         | 5.071.483.000   | -               | 0,00%  |                 |           |         |
|        | 7958.EBB.951 Layanan Sarana Internal                                                       | 5.897.276.000   | 204.111.937     | 3,46%  |                 |           |         |
| 5      | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel                                          |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Skor BLU Maturity Rating                                                                   |                 |                 |        |                 |           |         |
| 6      | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien                                         |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Bed Occupancy Rate (BOR)                                                                   |                 |                 |        |                 |           |         |
| 7      | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten                                    |                 |                 |        |                 |           |         |
|        | Healthcare Associated Infections (HAIs) rates                                              | 579.853.193.000 | 184.112.976.119 | 31,75% | 100%            | 31,75%    | 31,75%  |
|        | 7958.CAB.003 Obat-obatan dan BMHP (LR)                                                     | 518.493.922.000 | 162.675.332.331 | 31,37% |                 |           |         |
|        | 7958.CCB.001 Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)                                     | 61.359.271.000  | 21.437.643.788  | 34,94% |                 |           |         |
|        | Persentase standar klinis yang tercapai                                                    |                 |                 |        |                 |           |         |



| N<br>O | Uraian                                                                   | Belanja         |                 |        | Capaian Kinerja |           |        |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|-----------------|-----------|--------|
|        |                                                                          | Anggaran        | Realisasi       | %      | Target          | Realisasi | %      |
| 8      | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan |                 |                 |        |                 |           |        |
|        | Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS         |                 |                 |        |                 |           |        |
|        | 7958.CCB.001 Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)                   | 7.366.888.000   | 456.019.998     | 6,19%  | 25%             | 6,19%     | 24,76% |
| 9      | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK         |                 |                 |        |                 |           |        |
|        | Skor Tingkat Kepuasan Pegawai                                            | 838.530.454.000 | 386.779.983.364 | 46,13% | 78%             | 46,13%    | 59,14% |
|        | 7958.EBA.962 Layanan Umum                                                | 640.810.336.000 | 278.337.559.680 | 43,44% |                 |           |        |
|        | 4813.EBA.994 Layanan Perkantoran                                         | 197.720.118.000 | 108.442.423.684 | 54,85% |                 |           |        |
|        | Training Effectiveness Index (TEI)                                       |                 |                 |        |                 |           |        |
| 10     | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                              |                 |                 |        |                 |           |        |
|        | EBITDA margin (persentase terhadap pendapatan operasional netto)         |                 |                 |        |                 |           |        |
| 11     | Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya     |                 |                 |        |                 |           |        |

## C. SUMBER DAYA

### 1. Sumber Daya Manusia

Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi Semarang terdiri dari PNS dan Non PNS dengan rincian seperti tabel dibawah ini.

Tabel 3.3.4 Gambaran Ketenagaan RSUP Dr. Kariadi per 30 Juni 2026

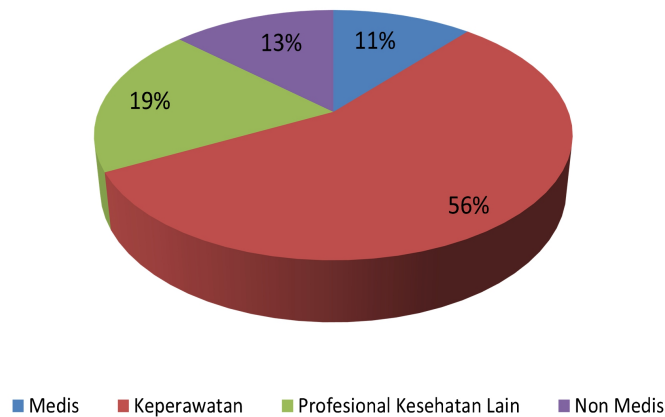
| No. | Jenis Ketenagaan                     | JENIS KETENAGAAN |                 |      |             | Outsourcing | Jumlah | %      |
|-----|--------------------------------------|------------------|-----------------|------|-------------|-------------|--------|--------|
|     |                                      | PNS<br>KEMENKES  | NON PNS/KONTRAK |      |             |             |        |        |
|     |                                      |                  | NON<br>PNS      | PPPK | KONTR<br>AK |             |        |        |
| 1   | Dokter Spesialis                     | 184              | 1               | 15   |             |             | 200    | 4,16%  |
| 2   | Dokter Spesialis DPJP<br>Kemendiknas |                  |                 |      |             |             | 120    | 2,49%  |
| 3   | Dokter Gigi Spesialis                | 12               |                 |      |             |             | 12     | 0,25%  |
| 4   | Dokter Umum                          |                  |                 |      | 47          |             | 47     | 0,98%  |
| 5   | Dokter Gigi                          | 1                |                 |      |             |             | 1      | 0,02%  |
| 6   | Perawat                              |                  |                 |      |             |             |        |        |
|     | DIII Keperawatan                     | 252              | 13              | 618  | 16          |             | 899    | 18,69% |
|     | DIV Keperawatan                      | 4                |                 | 10   |             |             | 14     | 0,29%  |
|     | S1 Keperawatan                       | 528              | 17              | 318  | 11          |             | 874    | 18,17% |
|     | S2 Keperawatan                       | 26               |                 | 1    |             |             | 27     | 0,56%  |
| 7   | Bidan                                | 27               | 1               | 47   |             |             | 75     | 1,56%  |
| 8   | Staf Profesional Kesehatan<br>Lain   | 349              | 2               | 280  | 21          |             | 652    | 13,55% |
| 9   | Staf Non medis                       | 229              | 3               | 153  | 59          |             | 444    | 9,23%  |
| 10  | Pegawai Outsourcing                  |                  |                 |      |             |             |        | 0,00%  |
|     | Housekeeping                         |                  |                 |      |             | 365         | 365    | 7,59%  |
|     | Tenaga Penunjang                     |                  |                 |      |             | 801         | 801    | 16,65% |
|     | Petugas Taman                        |                  |                 |      |             | 50          | 50     | 1,04%  |
|     | Tenaga Parkir                        |                  |                 |      |             | 68          | 68     | 1,41%  |
|     | Perkantoran                          |                  |                 |      |             | 52          | 52     | 1,08%  |
|     | Satpam                               |                  |                 |      |             | 110         | 110    | 2,29%  |
|     | JUMLAH                               | 1612             | 37              | 1442 | 154         | 1446        | 4811   | 100%   |

Sumber data : Timker OSDM

Dari tabel diatas selain tenaga PNS sejumlah 1.612 (33,51%) dan Non PNS, PPPK dan kontrak sejumlah 1.633 orang (33,94%) masih ada tenaga *Outsourcing* yang terdiri dari tenaga non teknis sejumlah 1.446 orang (30,06%). Untuk komposisi jumlah PNS hampir sama dengan jumlah Pegawai Non PNS dan PPPK, hal ini dikarenakan kebutuhan SDM yang dipenuhi melalui rekrutmen PNS belum terpenuhi sesuai dengan kebutuhan analisa beban kerja.

1) Jumlah SDM berdasarkan Kelompok Profesi

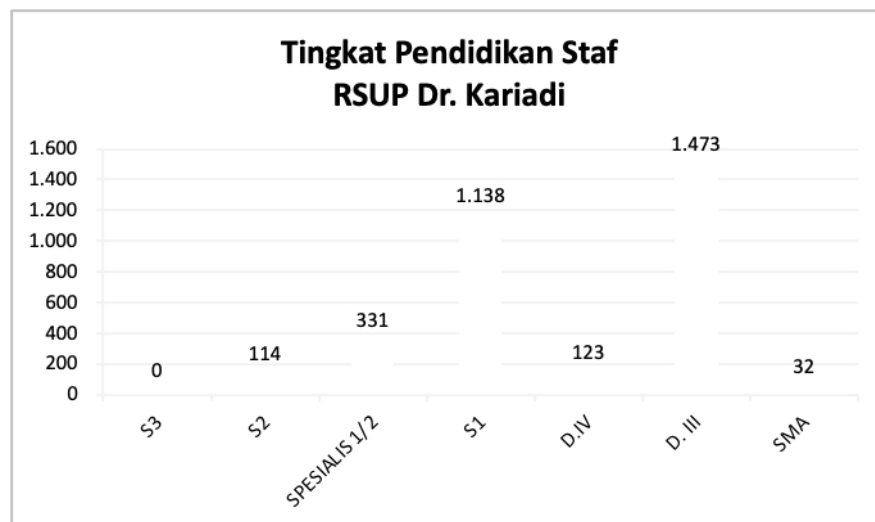
**Pegawai Berdasarkan Kelompok Profesi**



Grafik 1. Pegawai berdasarkan kelompok profesi

Berdasarkan diagram diatas menunjukkan bahwa komposisi terbanyak pegawai dari tenaga keperawatan 1.889 (56%), kemudian Profesional kesehatan lain 652 (19%), tenaga non medis 444(13%) dan tenaga medis 380(11%).

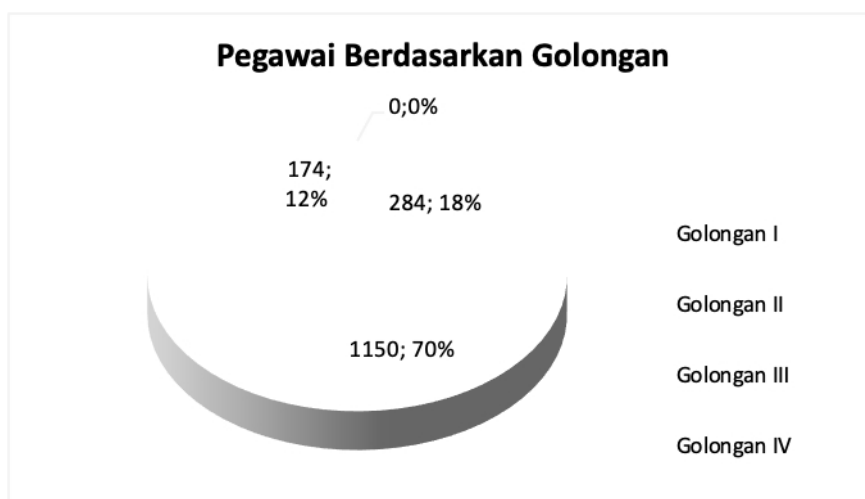
2) Jumlah SDM berdasarkan Tingkat Pendidikan



Grafik 2. Tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan staf RSUP Dr. Kariadi paling banyak dengan pendidikan Diploma III (DIII) sebanyak 1.473 (45,87%) dan pendidikan Sarjana (S1) sejumlah 1.138 orang (35,44%). Untuk kualifikasi Pendidikan Diploma III ke atas, RSUP Dr. Kariadi memberikan kesempatan peningkatan kompetensi melalui pendidikan berkelanjutan baik melalui tugas belajar maupun ijin belajar dan beberapa telah dilakukan penyesuaian ijazah.

### 3) Jumlah SDM berdasarkan Golongan



Grafik 3. SDM berdasarkan golongan

Dari grafik diatas dapat dilihat bahwa prosentase SDM berdasarkan golongan paling besar pada golongan III sebanyak 1.150 (70,34%).

## 2. Sarana & Prasarana

Sarana dan prasarana yang ada di RSUP Dr. Kariadi Semarang sesuai laporan posisi barang milik negara per 30 Juni 2026 berupa :

|     |                             |   |                       |
|-----|-----------------------------|---|-----------------------|
| 1)  | BMN INTRAKOMTABLE           | : |                       |
|     | Posisi Awal (1 Jan 2026)    | : | Rp. 6.091.307.782.516 |
|     | Penambahan                  | : | Rp. 1.579.461.709     |
|     | Pengurangan                 | : | Rp. 566.590.400       |
|     | Posisi akhir (30 Juni 2026) | : | Rp. 6.092.320.653.825 |
| 2)  | BMN EKSTRAKOMTABLE          | : |                       |
|     | Posisi Awal (1 Jan 2026)    | : | Rp. 471.253.833       |
|     | Penambahan                  | : | Rp. 63.816.750        |
|     | Pengurangan                 | : | Rp. 0                 |
|     | Posisi akhir (30 Juni 2026) | : | Rp. 535.070.583       |
| 3)  | BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA | : |                       |
|     | Posisi Awal (1 Jan 2026)    | : | Rp. 6.091.779.036.349 |
|     | Penambahan                  | : | Rp. 1.643.278.459     |
|     | Pengurangan                 | : | Rp. 566.590.400       |
|     | Posisi akhir (30 Juni 2026) | : | Rp. 6.092.855.724.408 |
| 4). | BMN ASET TAK BERWUJUD       | : |                       |
|     | Posisi Awal (1 Jan 2026)    | : | Rp. 5.124.329.491     |
|     | Penambahan                  | : | Rp. 0                 |
|     | Pengurangan                 | : | Rp. 0                 |

|                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| Posisi akhir (30 Juni 2026)     | : Rp. 5.124.329.491 |
| 5). KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan |                     |
| Posisi Awal (1 Jan 2026)        | : Rp. 382.456.800   |
| Penambahan                      | : Rp. 84.963.290    |
| Pengurangan                     | : Rp. 84.963.290    |
| Posisi akhir (30 Juni 2026)     | : Rp. 382.456.800   |

(sumber data: Simak BMN)

#### D. PROGRAM EFISIENSI

Dalam rangka meningkatkan efisiensi operasional dan mendukung pengelolaan lingkungan yang berkelanjutan, RSUP Dr. Kariadi melalui Unit IPSRS melakukan optimalisasi pengelolaan sampah melalui program pemilahan sampah bekerja sama dengan vendor pengelola sampah. Program ini dilatarbelakangi oleh tingginya volume sampah yang harus dibuang ke pihak pengolah sehingga menimbulkan biaya pengelolaan yang cukup besar, sementara sebagian sampah yang dihasilkan masih memiliki potensi untuk dimanfaatkan kembali melalui proses daur ulang maupun pengomposan. Oleh karena itu, dilakukan uji coba pemilahan sampah sebagai upaya untuk mengurangi timbunan sampah residu, meningkatkan pemanfaatan sampah yang bernilai ekonomis, serta menurunkan biaya pengelolaan sampah rumah sakit.

Berdasarkan hasil uji coba yang dilaksanakan selama dua hari, volume sampah yang sebelumnya mencapai 3.458,91 kg per hari dapat dikurangi menjadi 1.647,22 kg per hari atau menurun sebesar 52,38%. Penurunan volume sampah residu tersebut berdampak pada efisiensi biaya pembuangan dari Rp1.680.000 per hari menjadi Rp840.000 per hari, sehingga diperoleh penghematan sebesar Rp840.000 per hari atau setara dengan potensi efisiensi anggaran sekitar Rp302,4 juta per tahun. Selain itu, hasil pemilahan menunjukkan adanya potensi pemanfaatan sampah daur ulang berupa kertas dan botol sebanyak 369 kg per hari yang memiliki nilai ekonomis, serta sampah organik sebanyak 883,44 kg per hari yang dapat diolah menjadi kompos untuk mendukung pengelolaan lingkungan rumah sakit.

Sebagai tindak lanjut, rumah sakit telah menyelesaikan penyusunan usulan program, penandatanganan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan vendor, serta renovasi lokasi pemilahan sampah. Implementasi program secara penuh akan dilaksanakan setelah terpenuhinya sarana pendukung dan tenaga pemilah yang diperlukan. Program ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang berkelanjutan melalui peningkatan efisiensi penggunaan anggaran, pengurangan beban sampah yang dibuang ke fasilitas pengolahan akhir, serta mendukung pencapaian program *Green Hospital* dan penguatan tata kelola lingkungan rumah sakit.

## E. PROGRAM INOVASI

### 1. Inovasi : Sistem Informasi Kariadi *Employee*

Kariadi *e-Employee* adalah solusi *all-in-one mobile platform* yang mengotomatisasi tata kelola kepegawaian komprehensif bagi ASN (PNS & P3K), Non-ASN, serta pegawai kontrak di RSUP Dr. Kariadi Semarang. Melalui implementasi teknologi *Geo-fencing* adaptif, sistem memastikan validasi kehadiran berbasis lokasi secara dinamis dan aman.

Platform ini memfasilitasi end-to-end tracking untuk penilaian kinerja digital dan perhitungan insentif berbasis performa. Dengan arsitektur data yang terintegrasi, setiap metrik kehadiran dan log aktivitas pegawai termasuk efisiensi layanan DPJP diproses langsung oleh sistem untuk menghasilkan perhitungan remunerasi yang objektif, akuntabel, dan *zero-error*. Kariadi *e-Employee* mendefinisikan ulang efisiensi operasional rumah sakit melalui transformasi digital yang lincah.

### 2. Optimalisasi Pelayanan Radiasi Komponen Darah di Radioterapi RSUP Dr.Kariadi Semarang

Radiasi komponen darah merupakan salah satu prosedur penting dalam pelayanan transfusi darah untuk mencegah terjadinya *Transfusion-Associated Graft-Versus-Host Disease* (TA-GVHD), yaitu komplikasi serius akibat limfosit donor yang masih aktif menyerang jaringan tubuh penerima transfusi. TA-GVHD dikenal sebagai komplikasi yang sangat fatal dengan angka mortalitas mencapai lebih dari 90%.

Pencegahan TA-GVHD dilakukan dengan memberikan paparan radiasi pada komponen darah sebelum transfusi, sehingga limfosit donor menjadi tidak aktif dan tidak dapat berproliferasi. Secara standar, prosedur ini menggunakan alat khusus berupa *Blood Irradiator*. Namun, ketersediaan alat tersebut di Indonesia masih sangat terbatas karena biaya pengadaan, operasional, dan pemeliharannya relatif tinggi.

Di sisi lain, perkembangan layanan radioterapi di Indonesia mengalami peningkatan signifikan dalam beberapa tahun terakhir, terutama melalui program penguatan layanan kanker nasional dan pemerataan fasilitas radioterapi di berbagai daerah. Saat ini banyak rumah sakit telah memiliki fasilitas radioterapi seperti pesawat teleterapi Cobalt-60 maupun *Linear Accelerator* (LINAC) yang dapat dimanfaatkan tidak hanya untuk terapi kanker, tetapi juga untuk inovasi pelayanan penunjang lainnya.

Berdasarkan kondisi tersebut, dilakukan inovasi pelayanan dengan memanfaatkan modalitas radioterapi yang sudah tersedia untuk melakukan radiasi komponen darah. Metode ini menggunakan pesawat teleterapi Cobalt-60 atau LINAC dengan pengaturan teknik penyinaran tertentu agar dosis yang diberikan mampu menginaktivasi limfosit pada produk darah secara efektif dan aman.

### **3. Digital Safety Escape Room: Metode Pembelajaran Seru untuk Meningkatkan Kesadaran Keamanan Informasi Pegawai.**

*Digital Safety Escape Room* merupakan inovasi pembelajaran keamanan informasi yang dikembangkan untuk meningkatkan kesadaran pegawai terhadap ancaman siber, perlindungan data pribadi, dan keamanan informasi organisasi. Inovasi ini dilatarbelakangi oleh hasil simulasi phishing yang menunjukkan masih tingginya tingkat kerentanan pegawai terhadap serangan siber.

Melalui webinar edukatif yang dilaksanakan secara daring, peserta mendapatkan pemahaman mengenai berbagai modus serangan siber seperti phishing, social engineering, malware, dan kebocoran data. Setelah kegiatan edukasi dilaksanakan, dilakukan simulasi phishing untuk mengukur efektivitas pembelajaran dan tingkat kesiapsiagaan pegawai.

Inovasi ini menggabungkan edukasi, simulasi, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan sehingga mampu membangun budaya keamanan informasi di lingkungan rumah sakit.

### **4. PGA KARISA: Inovasi Digital Penatagunaan Antibiotik melalui Otorisasi Terintegrasi Berbasis RME**

PGA KARISA (*Penatagunaan Antibiotik Kariadi Integrated System for Antimicrobial Stewardship*) merupakan inovasi digital berupa sistem otorisasi penggunaan antibiotik golongan Watch dan Reserve yang terintegrasi dengan Rekam Medis Elektronik (RME) RSUP Dr. Kariadi. Inovasi ini mendigitalisasi proses persetujuan penggunaan antibiotik restriksi sehingga menjadi lebih cepat, terdokumentasi, dan dapat dilakukan secara real-time. Saat Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) akan meresepkan antibiotik golongan Watch atau Reserve, sistem secara otomatis menampilkan formulir permintaan otorisasi yang harus diisi. Permintaan tersebut kemudian dikirim ke Hotline PPRA, yang selanjutnya meneruskan tautan otorisasi kepada Tim PGA klinisi dan dokter Mikrobiologi Klinik yang sedang bertugas.

Melalui dashboard PPRA yang dapat diakses menggunakan telepon genggam, Tim PGA dapat memberikan persetujuan, rekomendasi perubahan, atau penolakan secara real-time. Hasil otorisasi akan langsung terintegrasi dan tampil pada RME sehingga dapat segera ditindaklanjuti oleh DPJP. Dengan sistem ini, proses komunikasi antarprofesi menjadi lebih cepat, efisien, terdokumentasi dengan baik, dan mendukung penerapan Program Penatagunaan Antimikroba (PGA) secara optimal

## **F. PENGHARGAAN RSUP DR. KARIADI SEMESTER I TAHUN 2026**

Beberapa penghargaan yang diperoleh RSUP Dr. Kariadi selama semester I tahun 2026 sebagai berikut:

1. Best Transformation Hospital 2025 Rumah Sakit Kementerian Kesehatan
2. Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Tingkat Maturitas BLU Kategori Luar Biasa
3. Peringkat I Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Inovasi Terbaik Tahun 2025
4. Peringkat II Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Waktu Pelayanan IGD Terbaik Tahun 2025 Kategori RS Umum



5. Peringkat II Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Tata Kelola JKN Terbaik Tahun 2025
6. Peringkat II Top Brand Rumah Sakit Kementerian Kesehatan
7. Peringkat II Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Utilisasi kamar Operasi terbaik Tahun 2025
8. Peringkat III Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan Layanan Eksekutif Terbaik tahun 2025 Kategori RS Umum
9. Rumah Sakit Kementerian Kesehatan dengan EBITDA Margin lebih dari 10%

## BAB IV

### PENUTUP

Laporan Kinerja Semester I Tahun 2026 RSUP Dr. Kariadi merupakan bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi sekaligus implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Laporan ini disusun sebagai media evaluasi terhadap pencapaian sasaran strategis dan indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2026 serta Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Kariadi Tahun 2025–2029.

Hasil pengukuran kinerja menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan program dan kegiatan pada Semester I Tahun 2026 telah berjalan dengan baik. Dari 17 indikator kinerja yang ditetapkan, sebanyak 9 indikator (52,94%) telah mencapai atau melampaui target, 6 indikator (35,29%) belum mencapai target, sedangkan 2 indikator (11,76%) merupakan indikator dengan periode pelaporan tahunan sehingga pengukurannya akan dilakukan pada akhir tahun. Capaian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar sasaran strategis berada pada jalur yang sesuai untuk mencapai target tahunan, meskipun masih diperlukan upaya percepatan pada beberapa indikator yang belum optimal. Adapun indikator yang belum mencapai target meliputi:

1. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian,
2. Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit,
3. *Training Effectiveness Index* (TEI),
4. EBITDA Margin,
5. Nilai Kinerja Penganggaran,
6. Realisasi Anggaran.

Berbagai faktor yang memengaruhi capaian tersebut telah diidentifikasi melalui proses evaluasi, baik yang berasal dari aspek internal maupun eksternal organisasi. Untuk Indikator Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian mencapai 0,14% dari target sebesar 2%. Meskipun belum memenuhi target yang ditetapkan, rumah sakit telah melaksanakan berbagai langkah strategis sebagai bentuk komitmen dalam meningkatkan kontribusi pendapatan penelitian. Upaya yang dilakukan antara lain percepatan proses administrasi dan tata kelola penelitian bersponsor, optimalisasi pemanfaatan website KRISTAL (*Kariadi Research Information System and Clinical Trial Administration*), penguatan jejaring kerja sama dengan sponsor, *Contract Research Organization* (CRO), perguruan tinggi, lembaga penelitian, dan *Indonesia Clinical Research Center* (INA-CRC), serta peningkatan kapasitas sumber daya manusia, fasilitas, dan tata kelola penelitian sesuai standar *Good Clinical Practice* (GCP).

Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I adalah 63,70% dari target 73,75%. Tindak lanjut yang sudah dilakukan adalah mengembangkan dashboard TEI secara real time yang terintegrasi dengan Sistem E-Diklat sehingga proses monitoring dan evaluasi efektivitas pelatihan dapat dilakukan secara lebih cepat, akurat, dan berkelanjutan.

Selain itu, akan diterapkan mekanisme input capaian pasca pelatihan secara mandiri oleh peserta melalui Sistem E-Diklat untuk memastikan ketersediaan data yang lebih lengkap, tepat waktu, dan terdokumentasi dengan baik. Melalui optimalisasi digitalisasi proses pengukuran TEI tersebut, diharapkan pemantauan hasil pelatihan menjadi lebih efektif serta mendukung peningkatan kompetensi SDM dan pengambilan keputusan berbasis data.

Pada indikator Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit, realisasi yang dicapai sebesar 16,99% dari target 25%. Untuk meningkatkan capaian indikator ini, rumah sakit telah melaksanakan berbagai upaya perbaikan melalui pengembangan layanan dan pengalaman pasien, antara lain dengan penerapan sistem jadwal praktik DPJP, evaluasi kinerja berkala melalui *e-Employee*, pemberian apresiasi melalui program DPJP of the Month, serta penyusunan regulasi pengaturan jadwal praktik rawat jalan dan operasi. Selain itu, rumah sakit melakukan pemutakhiran *unit cost* layanan sebagai dasar pengembangan tarif yang lebih transparan dan kompetitif guna mendukung implementasi *e-Tarif*, *e-Billing*, tarif berbasis paket layanan atau *Clinical Pathway*, serta penguatan kerja sama dengan perusahaan asuransi dan korporasi.

Capaian EBITDA Margin rumah sakit sebesar 10,47%, masih berada di bawah target yang ditetapkan yaitu lebih dari 15%. Untuk meningkatkan kinerja keuangan rumah sakit, berbagai langkah perbaikan telah dilakukan melalui efisiensi belanja operasional di seluruh unit kerja, percepatan penyelesaian pending claim JKN, peningkatan ketepatan coding diagnosis dan tindakan guna mengoptimalkan pendapatan klaim, serta optimalisasi pemanfaatan sarana dan fasilitas pelayanan. Selain itu, rumah sakit terus meningkatkan produktivitas kamar operasi, khususnya pada akhir pekan dan hari libur, serta memperkuat strategi peningkatan pendapatan non-JKN melalui pengembangan layanan pasien umum dan perluasan kerja sama dengan perusahaan asuransi.

Nilai Kinerja Anggaran pada Semester I Tahun 2026 mencapai 59,32 dari target 92,75 sehingga belum memenuhi target yang ditetapkan. Kondisi ini dipengaruhi oleh belum optimalnya pelaksanaan beberapa kegiatan dan proses pengadaan yang masih berlangsung pada Semester I. Sebagai upaya perbaikan, RSUP Dr. Kariadi akan melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan dan pengadaan barang/jasa pada Semester II Tahun 2026, meningkatkan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran melalui rapat koordinasi secara berkala, melakukan pendampingan kepada unit kerja dengan capaian anggaran yang masih rendah, serta mengoptimalkan langkah-langkah mitigasi terhadap berbagai potensi hambatan pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran.

Pada indikator Realisasi Anggaran, capaian yang diperoleh sebesar 38,75% dari target 96%. Meskipun belum mencapai target, berbagai langkah perbaikan telah dilakukan untuk meningkatkan penyerapan anggaran, antara lain melalui percepatan pelaksanaan program dan kegiatan, penguatan monitoring dan pengendalian pelaksanaan kegiatan secara berkala, optimalisasi prioritas penggunaan anggaran sesuai kebutuhan organisasi, percepatan proses penagihan oleh penyedia barang dan jasa, serta percepatan penyelesaian administrasi kontrak dan dokumen pembayaran.

Upaya-upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas pengelolaan anggaran. Oleh karena itu, RSUP Dr. Kariadi telah menyusun berbagai langkah perbaikan, antara lain penguatan tata kelola penelitian, peningkatan pendapatan non-JKN, optimalisasi produktivitas layanan, efisiensi operasional dan klinis, percepatan pelaksanaan program dan pengadaan barang dan jasa, serta penguatan monitoring dan evaluasi kinerja secara berkelanjutan.

Hasil evaluasi pada Semester I Tahun 2026 akan menjadi dasar dalam penyempurnaan kebijakan, strategi, program, dan kegiatan pada Semester II Tahun 2026 sehingga seluruh target kinerja yang telah ditetapkan dapat dicapai secara optimal. Melalui komitmen pimpinan, dukungan seluruh civitas hospitalia, serta sinergi dengan seluruh pemangku kepentingan, RSUP Dr. Kariadi optimis dapat meningkatkan kinerja organisasi secara berkelanjutan dalam rangka mewujudkan rumah sakit dengan pelayanan unggulan di level Asia dengan pertumbuhan yang berkelanjutan, serta mendukung keberhasilan Transformasi Kesehatan Nasional.

Akhirnya, Laporan Kinerja Semester I Tahun 2026 ini diharapkan dapat menjadi media akuntabilitas, evaluasi, dan pembelajaran organisasi dalam mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien, kepuasan masyarakat, dan keberlanjutan organisasi.

**Lampiran 1****Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Kariadi Tahun 2026****RSUP DR. KARIADI SEMARANG  
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026**

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

Nama : Agus Akhmadi  
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi Semarang  
selanjutnya disebut Pihak Pertama,

Nama : Azhar Jaya  
Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan  
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 Pihak Pertama.

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

Pihak Kedua,

  
**Azhar Jaya**

Jakarta, Januari 2026  
Pihak Pertama,

  
**Agus Akhmadi**

### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

| No.                                      | Sasaran Program/Kegiatan                                                      | Indikator Kinerja |                                                                                                                  | Target        |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| (1)                                      | (2)                                                                           | (3)               |                                                                                                                  | (4)           |
| <b>Perspektif pelanggan/ stakeholder</b> |                                                                               |                   |                                                                                                                  |               |
| 1                                        | Terwujudnya layanan terbaik level Asia                                        | 1.1               | IKM 17.2.1 - Skor kepuasan pelanggan (CSAT)                                                                      | 90.64 (Nilai) |
| 2                                        | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas     | 2.1               | IKM 16.5.1 - Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target                            | 57.50%        |
| 3                                        | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 3.1               | IKM 32.3.1 - Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian CRU                                      | 2%            |
| <b>Perspektif bisnis internal</b>        |                                                                               |                   |                                                                                                                  |               |
| 4                                        | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal                      | 4.1               | IKM 33.7 - Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan | 50%           |
| 5                                        | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel                             | 5.1               | IKM 33.8 - Skor BLU Maturity Rating                                                                              | Level 4       |
|                                          |                                                                               | 5.2               | IKM 33.9 - Nilai SAKIP RSUP Dr. Kariadi Semarang                                                                 | 83 (Nilai)    |
| 6                                        | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien                            | 6.1               | IKM 16.3.1 - Bed occupancy rate (BOR)                                                                            | 70%           |
| 7                                        | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten                       | 7.1               | IKM 16.4.1 - Healthcare Associated Infections (HAIs) rates                                                       | 100%          |
|                                          |                                                                               | 7.2               | 16.3.3 - Pasien Stroke Hiperakut (4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit            | > 80%         |
|                                          |                                                                               | 7.3               | 16.3.2 - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) 7 Hari                                                | > 80%         |

| No.                                     | Sasaran Program/Kegiatan                                                              | Indikator Kinerja |                                                                                                                     | Target        |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| (1)                                     | (2)                                                                                   | (3)               |                                                                                                                     | (4)           |
| 8                                       | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan              | 8.1               | IKM 33.10 - Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS                                        | 25%           |
| Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran |                                                                                       |                   |                                                                                                                     |               |
| 9                                       | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK                      | 9.1               | IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai                                                                            | 78 (Nilai)    |
|                                         |                                                                                       | 9.2               | IKM 33.2 - Training Effectiveness Index (TEI)                                                                       | 73.75%        |
| Perspektif Keuangan                     |                                                                                       |                   |                                                                                                                     |               |
| 10                                      | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                                           | 10.1              | IKM 33.10 - EBITDA margin                                                                                           | 15%           |
| Indikator Direktif                      |                                                                                       |                   |                                                                                                                     |               |
| 11                                      | Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya | 11.1              | IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran RSUP Dr. Kariadi Semarang                                                         | 92.75 (Nilai) |
|                                         |                                                                                       | 11.2              | IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Dr. Kariadi Semarang                                                            | 82 (Nilai)    |
|                                         |                                                                                       | 11.3              | IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti RSUP Dr. Kariadi Semarang | 95%           |
|                                         |                                                                                       | 11.4              | IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Dr. Kariadi Semarang                                                  | 96%           |

**Program**

1. Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan
2. Program Dukungan Manajemen

**Total Anggaran DIPA RSUP Dr. Kariadi Semarang**

Pihak Kedua,

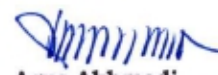
  
Azhar Jaya

**Anggaran**

Rp. 1.582.682.973.000,-  
Rp. 197.720.118.000,-

**Rp. 1.780.403.091.000,-**

Jakarta, Januari 2026  
Pihak Pertama,

  
Agus Akhmadi

Halaman 2 dari 2



## Lampiran 2

## Definisi Operasional Indikator Kinerja Utama

| No                                         | Sasaran Kegiatan                       | Indikator Kinerja                | Target        | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Formula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A Perspektif Pelanggan/Stakeholders</b> |                                        |                                  |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1                                          | Terwujudnya layanan terbaik level Asia | 1 CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) | 90.64 (nilai) | <p>CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan) adalah angka yang diperoleh dari hasil survei kepuasan pasien dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan (Instalasi) sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pedoman umum penyusunan IKM unit layanan instansi pemerintah.</p> <p>Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat.</p> <p>Ø Sasaran Responden</p> <p>Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliklinik;</li> <li>• Rawat inap;</li> <li>• IGD; dan</li> <li>• Laboratorium</li> </ul> <p>Ø Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)</p> <p>Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana</p> <p>Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan.</p> <p>Ø Metode Pelaksanaan</p> <p>Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survei). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p> | <p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = <math>(1)/(\text{Jumlah Unsur})</math></p> <p>Nilai Survei Kepuasan = <math>(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur}/\text{Total Unsur yang Terisi}) * \text{Nilai Penimbang}</math></p> <p>Konversi Nilai Survei Kepuasan = <math>\text{Nilai Survei Kepuasan} * 25</math></p> <p>Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p> |

| No | Sasaran Kegiatan                                                              | Indikator Kinerja                                                         | Target | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Formula                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2  | Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas     | 2 Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target | 57.50% | <p>Yang dimaksud persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target adalah persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk Rumah Sakit Umum dan pelayanan spesialisasi untuk Rumah Sakit Khusus dibandingkan dengan total rumah sakit yang seharusnya diampu.</p> <p>Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan Kepdirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak.</p>                                                                                              | (Jumlah rumah sakit yang berhasil diampu dibagi Jumlah total seluruh rumah sakit yang seharusnya diampu) kali 100%       |
| 3  | Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan | 3 Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian              | 2%     | <p>Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian adalah proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendapatan Operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non JKN.</li> <li>• Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis.</li> <li>• Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap RS ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada Permenkes No. 31 Tahun 2022.</li> </ul> | (Jumlah pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibagi Jumlah total pendapatan operasional rumah sakit) X 100% |

| No                                  | Sasaran Kegiatan                                         | Indikator Kinerja                                                                                       | Target | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Formula                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>B Perspektif Bisnis Internal</b> |                                                          |                                                                                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                       |
| 4                                   | Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal | 4 Persentase penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan | 50%    | <p>Pengukuran implementasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang terintegrasi seluruh layanan merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan “Back office”.</p> <p>Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)</li> <li>• Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)</li> <li>• Persentase integrasi sistem inventory2 : (W: 20%)</li> <li>• Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS3: (W: 20%)</li> <li>• Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS4: (W: 20%)</li> </ul> <p>Catatan:</p> <p>1Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat</p> <p>2Sistem inventory sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan Inventori</p> <p>3Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan SDM/HRD</p> <p>4Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan Laporan “Back Office” dalam ERP System untuk Laporan Keuangan/ Finance berbasis SAK</p> | <p>Nilai keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi:</p> $(\sum (A \times W) + (B \times W) + (C \times W) + (D \times W) + (**E \times W))$ <p>* W = weight/bobot</p> |

| No | Sasaran Kegiatan                                  | Indikator Kinerja |                                       | Target     | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Formula                                |
|----|---------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 5  | Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel | 5                 | Skor BLU <i>Maturity Rating</i>       | Level 4    | <p>Skor BLU Maturity Rating adalah skor BLU maturity rating yang dilakukan penilaian dari PPK-BLU, merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021.</p> <p>Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU Service and Governance Maturity Rating (BLUSmart)</p> <p>A. Result Based</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan</li> <li>• Pada setiap tingkatan maturitas, namun juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan output yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif.</li> <li>• Pada result based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan.</li> </ul> <p>B. Process Based</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan input maupun output yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan.</li> <li>• Pada process-based aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata Kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan</li> </ul> <p>Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas:<br/>Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing</p> | Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas |
|    |                                                   | 6                 | Nilai SAKIP RSUP Dr. Kariadi Semarang | 83 (nilai) | <p>Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan instrumen yang digunakan untuk memastikan bahwa pelaksanaan program dan kegiatan organisasi telah berorientasi pada pencapaian hasil (outcome), dilaksanakan secara efektif dan efisien, serta dapat dipertanggungjawabkan kepada pemangku kepentingan. Penerapan SAKIP mencakup rangkaian proses mulai dari perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi internal, hingga capaian kinerja yang terintegrasi dalam siklus manajemen kinerja organisasi.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |

| No | Sasaran Kegiatan                                        | Indikator Kinerja                                      | Target | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Formula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien      | 7 <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>                      | 70%    | Bed Occupancy Rate (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur × Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7  | Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten | 8 <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i> | 100%   | Surveillance HAIs merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.<br>Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:<br>A. CAUTI (Catheter Associated Urinary Tract Infection)<br>B. VAP (Ventilator Associated Pneumonia)<br>C. CLABSI (Central Line Associated Blood Stream Infection) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU<br>D. SSI (Surgical Site Infection) - dengan jenis tindakan operasi di RS: Bedah Orthopedi (ORIF atau Total Hip Replacement), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara | Formula =<br>A: $\sum$ insiden CAUTI<br>B: $\sum$ insiden VAP<br>C: $\sum$ insiden CLABSI<br>D: $\sum$ insiden SSI<br><br>A: (jumlah kasus CAUTI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1,000 catheter urinary-days<br>B: (jumlah kasus VAP1 ÷ jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1,000 ventilator days<br>C: (jumlah kasus CLABSI1 ÷ jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1,000 central-days<br>D: (jumlah kasus SSI1 ÷ jumlah tindakan operasi) x 100<br>1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang) |
|    |                                                         | 9 Persentase standar klinis yang tercapai              | 80%    | Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) adalah untuk mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | % standar klinis yang tercapai= (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS) x 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

| No                                               | Sasaran Kegiatan                                                         | Indikator Kinerja |                                                                  | Target       | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Formula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8                                                | Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan | 10                | Persentase Pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS | 25%          | <p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN.</li> <li>• Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | $(\text{Pendapatan non-JKN} \div \text{total Pendapatan Operasional}) \times 100\%$                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>C Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran</b> |                                                                          |                   |                                                                  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 9                                                | Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK         | 11                | CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)                                   | Baik (90,64) | <p>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.</p> <p>Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit.</p> <p>Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit.</p> <p>Unsur Survei Kepuasan Pegawai</p> <p>Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unsur 1: Lingkungan kerja</li> <li>• Unsur 2: Hubungan dengan atasan</li> <li>• Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran</li> <li>• Unsur 4: Kesempatan pengembangan karier</li> <li>• Unsur 5: Gaji dan kompensasi</li> <li>• Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan</li> <li>• Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit</li> <li>• Unsur 8: Budaya rumah sakit</li> </ul> <p>Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (e-survey). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal.</p> <p>Sumber data : hasil survey eksternal dan pengembangan</p> | <p>Bobot nilai rata rata tertimbang = (1)/(jumlah unsur) Nilai Survei Kepuasan = (total dari nilai persepsi per unsur/total unsur yang terisi) * nilai penimbang</p> <p>konversi nilai survei kepuasan = nilai survei kepuasan* 25 Total Nilai Kepuasan = penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p> |

| No                           | Sasaran Kegiatan                                                     | Indikator Kinerja |                                                                                 | Target | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Formula                                                                            |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|                              |                                                                      |                   | <i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>                                       | 73.75% | <p>Training Effectiveness Index (TEI) adalah persentase nakes dan named yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh RS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nakes dan named diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL)</li> <li>• Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas nakes atau named yang difasilitasi oleh rumah sakit</li> <li>• Contoh pemfasilitasan rumah sakit adalah pembiayaan pelatihan</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    | (Jumlah nakes dan named yang mencapai 40 JPL dibagi Jumlah nakes dan named) X 100% |
| <b>D Perspektif Keuangan</b> |                                                                      |                   |                                                                                 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                    |
| 10                           | Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal                          | 14                | <i>EBITDA margin</i> (persentase terhadap pendapatan operasional <i>netto</i> ) | 15%    | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Khusus pada kegiatan non operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan demolish gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT.</li> </ul> | $(EBITDA \div \text{Pendapatan Operasional Netto}) \times 100\%$                   |
| 11                           | Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya | 15                | Nilai Kinerja Penganggaran                                                      | 92.75  | <p>Nilai kinerja penganggaran adalah besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan</li> <li>• Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam Renja K/L dan Renstra K/L secara</li> </ul>                                                                         | Realisasi Belanja Modal dibagi Pagu Anggaran                                       |



| No | Sasaran Kegiatan | Indikator Kinerja                                                                 | Target     | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Formula                                                                                   |
|----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                  |                                                                                   |            | tahunan<br>• Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program.                                                                                                                                                                    |                                                                                           |
|    |                  | 16 Indeks Kualitas SDM                                                            | 82 (nilai) | Indeks profesionalitas ASN adalah ukuran statistik yang menggambarkan kulaitas ASN berdasarkan kesesuaian kualifikasi, kompetensi, kinerja dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan                                                                                                                                        | Data diambil dari portal kepegawaian                                                      |
|    |                  | 17 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti | 95%        | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti adalah perbandingan antara jumlah rekomendasi hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah dinyatakan selesai ditindaklanjuti dengan jumlah keseluruhan rekomendasi yang menjadi kewajiban tindak lanjut RSUP Dr. Kariadi dalam periode tertentu. | (Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti dibagi seluruh rekomendasi)x100% |
|    |                  | 18 Persentase Realisasi Anggaran                                                  | 96%        | Besarnya nilai Persentase Realisasi Anggaran Satuan Kerja diperoleh dari aplikasi OMSPAN Kementerian Keuangan. Nilai ini menghitung nilai nominal realisasi anggaran Satuan Kerja yang telah disahkan pada aplikasi OMSPAN dibandingkan dengan total pagu belanja pada Satuan Kerja                                                             | (Realisasi Belanja Modal dibagi Pagu Anggaran) X100%                                      |

**PEGAWAI RSUP DR. KARIADI SEMARANG**  
**Per 30 JUNI 2026**

| NO<br>KODE       | KUALIFIKASI PENDIDIKAN               | KEADAAN<br>PEGAWAI |    |
|------------------|--------------------------------------|--------------------|----|
|                  |                                      | L                  | P  |
| TENAGA KESEHATAN |                                      |                    |    |
| 1                | TENAGA MEDIS                         |                    |    |
| 1.1              | DOKTER UMUM                          | 4                  | 3  |
| 1.2              | PPDS                                 |                    |    |
| 1.3              | SPEKIALIS BEDAH                      | 11                 | 0  |
| 1.4              | SPEKIALIS PENYAKIT DALAM             | 26                 | 21 |
| 1.5              | DOKTER SPEKIALIS ANAK                | 9                  | 22 |
| 1.6              | DOKTER SPEKIALIS OBSTETRI GINEKOLOGI | 17                 | 6  |
| 1.7              | DOKTER SPEKIALIS RADIOLOGI           | 4                  | 9  |
| 1.8              | DOKTER SPEKIALIS ONKOLOGI RADIASI    | 5                  | 1  |
| 1.9              | DOKTER SPEKIALIS KEDOKTERAN NUKLIR   | 4                  | 1  |
| 1.10             | DOKTER SPEKIALIS ANESTESI            | 21                 | 6  |
| 1.11             | DOKTER SPEKIALIS PATOLOGI KLINIK     | 1                  | 8  |
| 1.12             | DOKTER SPEKIALIS JIWA                | 2                  | 4  |
| 1.13             | DOKTER SPEKIALIS MATA                | 5                  | 11 |
| 1.14             | DOKTER SPEKIALIS THT                 | 5                  | 9  |
| 1.15             | DOKTER SPEKIALIS KULIT & KELAMIN     | 1                  | 6  |
| 1.16             | DOKTER SPEKIALIS KARDIOLOGI          | 11                 | 4  |
| 1.17             | DOKTER SPEKIALIS PARU                | 2                  | 0  |
| 1.18             | DOKTER SPEKIALIS SARAF               | 10                 | 8  |
| 1.19             | DOKTER SPEKIALIS BEDAH SARAF         | 6                  | 0  |
| 1.20             | DOKTER SPEKIALIS BEDAH ORTHOPEDI     | 5                  | 0  |
| 1.21             | DOKTER SPEKIALIS UROLOGI             | 6                  | 0  |
| 1.22             | DOKTER SPEKIALIS PATOLOGI ANATOMI    | 2                  | 7  |
| 1.23             | DOKTER SPEKIALIS KEDOKTERAN FORENSIK | 1                  | 2  |
| 1.24             | DOKTER SPEKIALIS REHABILITASI MEDIK  | 3                  | 7  |
| 1.25             | DOKTER SPEKIALIS BEDAH PLASTIK       | 2                  | 2  |
| 1.26             | DOKTER SPEKIALIS KEDOKTERAN OLAHRAGA | 0                  | 0  |
| 1.27             | DOKTER SPEKIALIS MIKROBIOLOGI KLINIK | 1                  | 4  |
| 1.28             | DOKTER SPEKIALIS PARASITOLOGI KLINIK | 0                  | 0  |
| 1.29             | DOKTER SPEKIALIS GIZI KLINIK         | 1                  | 6  |
| 1.30             | DOKTER SPEKIALIS FARMA KLINIK        | 0                  | 0  |
| 1.31             | DOKTER SPEKIALIS LAINNYA             | 1                  | 2  |
| 1.32             | DOKTER SUB SPEKIALIS LAINNYA         | 0                  | 0  |
| 1.33             | DOKTER GIGI                          | 0                  | 0  |
| 1.34             | DOKTER GIGI SPEKIALIS                | 6                  | 6  |
| 1,35             | DOKTER SPEKIALIS BEDAH ONKOLOGI      | 6                  | 0  |
| 1,36             | DOKTER SPEKIALIS BEDAH UROLOGI       | 0                  | 0  |

|             |                                                         |            |             |
|-------------|---------------------------------------------------------|------------|-------------|
| 1,36        | DOKTER SPESIALIS BEDAH ANAK                             | 3          | 1           |
| <b>1.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                     | <b>181</b> | <b>156</b>  |
| 1.66        | DOKTER/DOKTER GIGI MHA/MARS                             | 0          | 0           |
| 1.77        | DOKTER/DOKTER GIGI S2/S3 KES MAS                        | 0          | 0           |
| 1.88        | S3 (DOKTER KONSULTAN)                                   | 0          | 0           |
|             | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                     | <b>0</b>   | <b>0</b>    |
| <b>2</b>    | <b>TENAGA KEPERAWATAN</b>                               |            |             |
| 2.1         | S3 KEPERAWATAN                                          | 0          | 0           |
| 2.2         | S2 KEPERAWATAN                                          | 12         | 19          |
| 2.3         | S1 KEPERAWATAN                                          | 325        | 565         |
| 2.4         | D4 KEPERAWATAN                                          | 2          | 8           |
| 2.5         | PERAWAT VOKASIONAL                                      | 314        | 570         |
| 2.6         | PERAWAT SPESIALIS                                       | 0          | 0           |
| 2.7         | PEMBANTU KEPERAWATAN                                    | 0          | 0           |
| 2.8         | S3 KEBIDANAN                                            | 0          | 0           |
| 2.9         | S2 KEBIDANAN                                            | 0          | 0           |
| 2.10        | D4/S1 KEBIDANAN                                         | 0          | 20          |
| 2.11        | D3 KEBIDANAN                                            | 0          | 56          |
| 2.88        | TENAGA KEPERAWATAN LAINNYA(SPK,D1 BIDAN,ANES,GIGI,SPRG) | 1          | 2           |
| 2,89        | D4 KEPERAWATAN (PERAWAT GIGI, ANESTESI)                 | 0          | 1           |
| <b>2.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                     | <b>654</b> | <b>1241</b> |
| <b>3</b>    | <b>TENAGA KEFARMASIAN</b>                               |            |             |
| 3.1         | S3 FARMASI/APOTEKER                                     | 0          | 0           |
| 3.2         | S2 FARMASI/APOTEKER/FARMASI KLINIK                      | 4          | 26          |
| 3.3         | APOTEKER                                                | 9          | 39          |
| 3.4         | S1 FARMASI / FARMAKOLOGI KIMIA                          | 0          | 0           |
| 3.5         | AKAFARMA                                                | 0          | 0           |
| 3.6         | AKFAR                                                   | 0          | 0           |
| 3.7         | ANALIS FARMASI                                          | 0          | 0           |
| 3.8         | ASISTEN APOTEKER                                        | 17         | 153         |
| 3.9         | ST LAB KIMIA FARMASI                                    | 0          | 0           |
| 3.88        | TENAGA KEFARMASIAN LAINNYA                              | 0          | 0           |
| <b>3.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                     | <b>30</b>  | <b>218</b>  |
| <b>4</b>    | <b>TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT</b>                      |            |             |
| 4.1         | S3-KESEHATAN MASYARAKAT                                 | 0          | 0           |
| 4.2         | S3-EPIDEMIOLOGI                                         | 0          | 0           |
| 4.3         | S3-PSIKOLOGI                                            | 0          | 0           |
| 4.4         | S2-KESEHATAN MASYARAKAT                                 | 0          | 0           |
| 4.5         | S2-EPIDEMIOLOGI                                         | 0          | 0           |
| 4.6         | S2-BIOMEDIK                                             | 0          | 0           |
| 4.7         | S2-PSIKOLOGI                                            | 0          | 1           |
| 4.8         | S1-KESEHATAN MASYARAKAT                                 | 8          | 15          |
| 4.9         | S1-PSIKOLOGI                                            | 1          | 4           |
| 4.10        | S1-KESEHATAN LINGKUNGAN                                 | 0          | 1           |
| 4.11        | D3-SANITARIAN                                           | 2          | 2           |
| 4.11        | D3-SANITARIAN                                           | 1          | 1           |

|             |                                                          |           |           |
|-------------|----------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 4.12        | D1-SANITARIAN                                            | 0         | 0         |
| 4.88        | TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT LAINNYA                      | 0         | 0         |
| <b>4.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                      | <b>12</b> | <b>24</b> |
| <b>5</b>    | <b>TENAGA GIZI</b>                                       |           |           |
| 5.1         | S3-GIZI / DIETISIEN                                      | 0         | 0         |
| 5.2         | S2-GIZI / DIETISIEN                                      | 0         | 2         |
| 5.3         | S1-GIZI / DIETISIEN                                      | 1         | 26        |
| 5.4         | D4-GIZI / DIETISIEN                                      | 0         | 5         |
| 5.5         | AKADEMI/D3-GIZI/DIETISIEN                                | 0         | 8         |
| 5.6         | D1-GIZI / DIETISIEN                                      | 0         | 0         |
| 5.88        | TENAGA GIZI LAINNYA                                      | 0         | 0         |
| <b>5.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                      | <b>1</b>  | <b>41</b> |
| <b>6</b>    | <b>TENAGA KETERAPIAN FISIK</b>                           |           |           |
| 6.1         | D4/S1 FISIOTERAPIS                                       | 7         | 8         |
| 6.2         | D3 FISIOTERAPIS                                          | 1         | 9         |
| 6.3         | D3 OKUPASI TERAPIS                                       | 1         | 3         |
| 6.4         | D3 TERAPI WICARA                                         | 3         | 5         |
| 6.5         | D4 OKUPASI TERAPI                                        | 2         | 3         |
| 6.6         | D4 TERAPI WICARA                                         | 1         | 1         |
| 6.7         | D4 PEKERJA SOSIAL                                        | 2         | 2         |
| 6.88        | D3 AUDIOLOGIS                                            | 0         | 1         |
| 6.89        | TENAGA KETERAPIAN FISIK LAINNYA (OP, D4 FISO,AUDIOLOGIS) | 0         | 0         |
| <b>6.99</b> | <b>JUMLAH TOTAL</b>                                      | <b>17</b> | <b>32</b> |
| <b>7</b>    | <b>TENAGA KETEKNISAN MEDIS</b>                           |           |           |
| 7.1         | S3 OPTO ELEKTRONIKA & APL LASER                          | 0         | 0         |
| 7.2         | S2 OPTO ELEKTRONIKA & APL LASER                          | 0         | 0         |
| 7.3         | D4 TEKNIK RADIOLOGI & RADIOTERAPI                        | 17        | 26        |
| 7.4         | D4 TEKNIK ELEKTROMEDIK                                   | 5         | 1         |
| 7.5         | D4 FISIKA MEDIK (S1)                                     | 5         | 5         |
| 7.6         | D3 TEKNIK GIGI                                           | 1         | 1         |
| 7.7         | D3 TEKNIK RADIOLOGI & RADIOTERAPI                        | 15        | 13        |
| 7.8         | D3 REFRAKSIONIS OPTISIEN                                 | 4         | 1         |
| 7.9         | D3 PEREKAM MEDIS                                         | 29        | 46        |
| 7.9.1       | D4 PEREKAM MEDIS                                         | 1         | 1         |
| 7.10        | D3 TEKNIK ELEKTROMEDIK                                   | 12        | 5         |
| 7.11        | D3 ANALIS KESEHATAN                                      | 17        | 67        |
| 7.12        | D3 INFORMASI KESEHATAN                                   | 0         | 0         |
| 7.13        | D3 KARDIOVASKULAR                                        | 0         | 3         |
| 7.14        | D3 ORTHOTIK PROSTETIK                                    | 1         | 1         |
| 7.15        | D3 TEKNIK TRANFUSI DARAH                                 | 6         | 13        |
| 7.16        | D4 TEKNIK GIGI                                           | 1         | 3         |
| 7.17        | D4 ORTHOTIK PROSTETIK                                    | 1         | 0         |
| 7.18        | TEKNISI PATOLOGI ANATOMI                                 | 0         | 0         |
| 7.19        | TEKNISI KARDIOVASKULER                                   | 0         | 0         |
| 7.20        | TEKNISI ELEKTROMEDIS                                     | 0         | 0         |
| 7.21        | AKUPUNTUR TERAPI                                         | 0         | 0         |

|                             |                                 |            |            |
|-----------------------------|---------------------------------|------------|------------|
| 7.22                        | ANALIS KESEHATAN                | 0          | 0          |
| 7.23                        | D4 ANALIS KESEHATAN             | 1          | 1          |
| 7.88                        | TENAGA KETERAPIAN FISIK LAINNYA | 0          | 0          |
| 7.99                        | <b>JUMLAH TOTAL</b>             | <b>116</b> | <b>187</b> |
| <b>TENAGA NON KESEHATAN</b> |                                 |            |            |
| 8                           | <b>DOKTORAL</b>                 |            |            |
| 8.1                         | S3 BIOLOGI                      | 0          | 0          |
| 8.2                         | S3 KIMIA                        | 0          | 0          |
| 8.3                         | S3 EKONOMI / AKUNTANSI          | 0          | 0          |
| 8.4                         | S3 ADMINISTRASI                 | 0          | 0          |
| 8.5                         | S3 HUKUM                        | 0          | 0          |
| 8.6                         | S3 TEHNIK                       | 0          | 0          |
| 8.7                         | S3 KES. SOSIAL                  | 0          | 0          |
| 8.8                         | S3 FISIKA                       | 0          | 0          |
| 8.9                         | S3 KOMPUTER                     | 0          | 0          |
| 8.10                        | S3 STATISTIK                    | 0          | 0          |
| 8.88                        | DOKTORAL LAINNYA (S3)           | 0          | 0          |
| 8.99                        | <b>JUMLAH TOTAL</b>             | <b>0</b>   | <b>0</b>   |
| 9                           | <b>S2 PASCA SARJANA</b>         |            |            |
| 9.1                         | S2 BIOLOGI                      | 0          | 1          |
| 9.2                         | S2 KIMIA                        | 0          | 0          |
| 9.3                         | S2 EKONOMI / AKUNTANSI          | 1          | 6          |
| 9.4                         | S2 ADMINISTRASI                 | 2          | 1          |
| 9.5                         | S2 HUKUM                        | 1          | 0          |
| 9.6                         | S2 TEHNIK                       | 1          | 0          |
| 9.7                         | S2 KESEJAHTERAAN SOSIAL         | 0          | 0          |
| 9.8                         | S2 FISIKA                       | 0          | 0          |
| 9.9                         | S2 KOMPUTER                     | 0          | 0          |
| 9.10                        | S2 KESEHATAN MASYARAKAT         | 16         | 16         |
| 9.11                        | S2 ADMINISTRASI KES. MASY       | 1          | 4          |
| 9.88                        | PASCA SARJANA LAINNYA (S2)      | 0          | 1          |
| 9.99                        | <b>JUMLAH TOTAL</b>             | <b>22</b>  | <b>29</b>  |
| 10                          | <b>SARJANA</b>                  |            |            |
| 10.1                        | SARJANA BIOLOGI                 | 1          | 0          |
| 10.2                        | SARJANA KIMIA                   | 0          | 0          |
| 10.3                        | SARJANA EKONOMI / AKUNTANSI     | 13         | 26         |
| 10.4                        | SARJANA ADMINISTRASI/MANAJEMEN  | 5          | 0          |
| 10.5                        | SARJANA HUKUM                   | 3          | 3          |
| 10.6                        | SARJANA TEHNIK                  | 7          | 1          |
| 10.7                        | SARJANA SOSIAL                  | 0          | 0          |
| 10.8                        | SARJANA FISIKA                  | 0          | 0          |
| 10.9                        | SARJANA KOMPUTER                | 28         | 1          |
| 10.10                       | SARJANA STATISTIK               | 0          | 0          |
| 10.88                       | SARJANA LAINNYA (S1)            | 4          | 7          |
| 10,89                       | SARJANA PERPUSTAKAAN            | 1          | 0          |
| 10,99                       | SARJANA TEKNIK SIPIL            | 2          | 0          |
| 10.99                       | <b>JUMLAH TOTAL</b>             | <b>64</b>  | <b>38</b>  |

|       |                                     |           |           |
|-------|-------------------------------------|-----------|-----------|
| 11    | <b>SARJANA MUDA</b>                 |           |           |
| 11.1  | SARJANA MUDA BIOLOGI                | 0         | 0         |
| 11.2  | SARJANA MUDA KIMIA                  | 0         | 0         |
| 11.3  | SARJANA MUDA EKONOMI / AKUNTANSI    | 9         | 12        |
| 11.4  | SARJANA MUDA ADMINISTRASI/MANAJEMEN | 3         | 4         |
| 11.5  | SARJANA MUDA HUKUM                  | 0         | 0         |
| 11.6  | SARJANA MUDA TEHNIK                 | 8         | 0         |
| 11.7  | SARJANA MUDA KES. SOSIAL            | 0         | 0         |
| 11.8  | SARJANA MUDA KEARSIPAN              | 0         | 4         |
| 11.9  | SARJANA MUDA KOMPUTER               | 15        | 19        |
| 11.10 | SARJANA MUDA SEKRETARIS             | 0         | 1         |
| 11.88 | SARJANA MUDA / D3 LAIN              | 0         | 6         |
| 11,89 | SARJANA MUDA KOMUNIKASI             | 0         | 1         |
| 11,91 | SARJANA MUDA TEKNIK ELEKTRO         | 2         | 1         |
| 11,92 | SARJANA MUDA TEKNIK SIPIL           | 1         | 2         |
| 11.99 | <b>JUMLAH TOTAL</b>                 | <b>38</b> | <b>50</b> |
| 12    | <b>SMU SEDERAJAT DAN DIBAWAHNYA</b> |           |           |
| 12.1  | SMA / SMU                           | 14        | 17        |
| 12.2  | SMEA                                | 0         | 0         |
| 12.3  | STM/SMK                             | 1         | 0         |
| 12.4  | SMKK                                | 0         | 0         |
| 12.5  | SPK                                 | 0         | 0         |
| 12.6  | SMTS SEDERAJAT                      | 0         | 0         |
| 12.7  | SD KEBAWAH                          | 0         | 0         |
| 12.88 | SMTA LAINNYA                        | 0         | 0         |
| 12.99 | <b>JUMLAH TOTAL</b>                 | <b>15</b> | <b>17</b> |

**NERACA  
RSUP DR KARIADI  
PER 31 MEI 2026**

| Uraian                               | Mei 2026                   |
|--------------------------------------|----------------------------|
| <b>Aset</b>                          | <b>5.726.157.283.571,0</b> |
| <b>Aset Lancar</b>                   | <b>1.057.206.330.632,0</b> |
| Kas dan Setara Kas                   | 791.496.148.300,0          |
| Belanja Dibayar Dimuka dan Uang Muka | 28.948.591.238,0           |
| Piutang                              | 203.617.440.596,0          |
| Persediaan                           | 31.647.486.299,0           |
| Pendapatan Yang Masih Harus Diterima | 1.496.664.199,0            |
| Investasi Keuangan Jangka Pendek     | -                          |
| Aset Lancar Lainnya                  | -                          |
| Bagian Lancar Piutang Jangka Panjang | -                          |
| <b>Aset Tidak Lancar</b>             | <b>4.668.950.952.939,0</b> |
| Piutang Jangka Panjang               | -                          |
| Investasi Jangka Panjang             | -                          |
| Properti Investasi                   | -                          |
| Aset Tetap                           | 4.668.950.952.939,0        |
| Aset Tak Berwujud                    | -                          |
| Uang Muka Belanja Modal              | -                          |
| Aset Tidak Lancar Lainnya            | -                          |
| <b>Kewajiban dan Ekuitas</b>         | <b>-</b>                   |
| <b>Kewajiban</b>                     | <b>191.345.141.007,0</b>   |
| <b>Kewajiban Jangka Pendek</b>       | <b>191.345.141.007,0</b>   |
| Utang kepada Pihak Ketiga            | 132.835.306.854,0          |
| Biaya yang masih Harus Dibayar       | 56.374.776.786,0           |
| Pendapatan Diterima Dimuka           | 2.135.057.367,0            |
| Utang Bank Jangka Pendek             | -                          |



| Uraian                                      | Mei 2026                   |
|---------------------------------------------|----------------------------|
| Utang Pajak (sebagai WAPU)                  | -                          |
| Kewajiban Jangka Pendek Lainnya             | -                          |
| Bagian Lancar Kewajiban Jangka Panjang      | -                          |
| <b>Kewajiban Jangka Panjang</b>             | -                          |
| Pinjaman Bank                               | -                          |
| Pinjaman Pihak Ketiga Lainnya               | -                          |
| Kewajiban Pasca Kerja                       | -                          |
| <b>Ekuitas</b>                              | <b>5.534.812.142.564,0</b> |
| <b>Saldo awal</b>                           | <b>5.435.440.207.151,0</b> |
| <b>Surplus/Defisit Tahun Berjalan</b>       | <b>18.348.559.782,0</b>    |
| <b>Koreksi Kenaikan (penurunan) Ekuitas</b> | <b>81.023.375.631,0</b>    |
| Penyesuaian Nilai Aset                      | (815.807.581,0)            |
| Transaksi Antar Entitas                     | 81.839.183.212,0           |
| <b>Jumlah Kewajiban dan Ekuitas</b>         | <b>5.726.157.283.571,0</b> |

**Laporan Operasional RSUP Dr. Kariadi periode sd 31 Mei 2026**

| URAIAN                                                                     | MEI 2026                 |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Pendapatan Operasional</b>                                              | <b>668.845.607.771,0</b> |
| <b>Pendapatan Jasa Layanan Rawat Jalan</b>                                 | <b>208.078.486.386,0</b> |
| Obat, Perlengkapan Medis dan BMHP                                          | 101.724.384.737,0        |
| Penunjang Medis dan Diagnostik                                             | 31.656.337.893,0         |
| Tindakan Medis Non Operatif                                                | 6.863.226.704,0          |
| Layanan Jasa Personal Medis                                                | 62.787.167.371,0         |
| Administrasi dan lain lain                                                 | 5.047.369.681,0          |
| <b>Pendapatan Jasa Layanan Rawat Inap</b>                                  | <b>452.711.216.058,0</b> |
| Pendapatan Akomodasi                                                       | 41.238.044.217,0         |
| Obat, Perlengkapan Medis dan BMHP                                          | 127.590.169.916,0        |
| Penunjang Medis dan Diagnostik                                             | 31.046.312.610,0         |
| Tindakan Medis Operatif dan Non Operatif                                   | 103.331.738.111,0        |
| Layanan Jasa Personal Medis                                                | 148.776.547.391,0        |
| Administrasi rawat inap dan lain lain                                      | 728.403.813,0            |
| <b>Pendapatan Program Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengampuan</b> | <b>8.055.905.327,0</b>   |
| <b>Beban Pokok Pendapatan &amp; Operasional</b>                            | <b>663.087.086.049,0</b> |
| <b>Beban Pokok Pendapatan (Layanan)</b>                                    | <b>568.804.982.623,0</b> |
| Beban Pegawai Tenaga Kesehatan (Layanan)                                   | 252.917.802.374,0        |
| Beban Persediaan (Layanan)                                                 | 202.231.509.626,0        |
| Beban Barang & Jasa untuk Layanan (Layanan)                                | 40.064.892.404,0         |
| Beban Pemeliharaan (Layanan)                                               | 29.064.303.252,0         |
| Beban Perjalanan Dinas (Layanan)                                           | 224.855.482,0            |
| Beban Penyusutan dan Amortisasi (Layanan)                                  | 43.755.133.695,0         |
| Beban Imbalan Paska Kerja (Layanan)                                        | -                        |
| Beban Pokok Pendidikan, Pelatihan, Penelitian dan Pengampuan               | 546.485.790,0            |

|                                                                                    |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Surplus Defisit Bruto</b>                                                       | <b>100.040.625.148,0</b> |
| <b>Beban Penjualan dan Pemasaran</b>                                               | <b>941.227.531,0</b>     |
| Beban Barang dan Jasa Penjualan dan Pemasaran                                      | 388.437.180,0            |
| Beban Pegawai Penjualan dan Pemasaran                                              | 545.475.209,0            |
| Beban Penjualan dan Pemasaran Lainnya                                              | 7.315.142,0              |
| <b>Beban Umum dan Administrasi</b>                                                 | <b>93.340.875.895,0</b>  |
| Beban Barang dan Jasa Umum dan Administrasi                                        | 31.627.094.247,0         |
| Beban Pegawai Umum dan Administrasi                                                | 47.668.288.982,0         |
| Beban Persediaan (Umum dan Administrasi)                                           | 3.921.580.465,0          |
| Beban Pemeliharaan (Umum dan Administrasi)                                         | 3.316.806.500,0          |
| Beban Perjalanan Dinas (Umum dan Administrasi)                                     | 195.705.308,0            |
| Beban Penyusutan & Amortisasi Umum dan Administrasi                                | 3.919.311.327,0          |
| Beban Imbalan Paska Kerja                                                          | -                        |
| Beban Cadangan Kerugian Nilai Piutang                                              | 916.223.685,0            |
| Beban Umum dan Administrasi Lainnya                                                | 1.775.865.381,0          |
| <b>Surplus Defisit Setelah Beban Penjualan, Pemasaran, Umum &amp; Administrasi</b> | <b>5.758.521.722,0</b>   |
|                                                                                    |                          |
| <b>Pendapatan (Beban) Lain-lain - Neto</b>                                         | <b>(351.030.604,0)</b>   |
| <b>Pendapatan Lain-lain</b>                                                        | <b>10.907.443.528,0</b>  |
| Pendapatan Hibah                                                                   | 6.412.422.365,0          |
| Pendapatan Jasa Layanan Non Medis                                                  | -                        |
| Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha                                    | -                        |
| Pendapatan Sewa                                                                    | 1.019.086.250,0          |
| Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah                                 | -                        |
| Pendapatan Lain-lain - Operasional Lainnya                                         | 3.475.934.913,0          |
| <b>Beban Lain-lain</b>                                                             | <b>11.258.474.132,0</b>  |
| Beban Penyediaan Barang dan Jasa Lainnya (Hibah Program)                           | 4.186.624.457,0          |
| Beban Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya                                       | 7.066.999.530,0          |
| Beban Lain-lain - Operasional Lainnya                                              | 4.850.145,0              |

|                                                                      |                         |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Surplus/Defisit Sebelum Pendapatan (Beban) Keuangan dan Pajak</b> | <b>5.407.491.118,0</b>  |
| <b>Pendapatan (Beban) Non Operasional - Neto</b>                     | -                       |
| Pendapatan Non Operasional                                           | -                       |
| Beban Non Operasional                                                | -                       |
| <b>Pendapatan (Beban) Keuangan - Neto</b>                            | <b>12.941.068.664,0</b> |
| <b>Pendapatan Keuangan</b>                                           | <b>13.097.713.975,0</b> |
| Pendapatan Bunga                                                     | 13.097.713.975,0        |
| <b>Beban Keuangan</b>                                                | <b>156.645.311,0</b>    |
| Beban Administrasi Bank dan Lembaga Keuangan                         | 156.645.311,0           |
| Beban Bunga Pinjaman                                                 | -                       |
| <b>Surplus/Defisit Sebelum Pajak</b>                                 | <b>18.348.559.782,0</b> |
| <b>Beban Pajak</b>                                                   | -                       |
| <b>Beban Pajak Badan</b>                                             | -                       |
| Beban Pajak Badan Kini                                               | -                       |
| Beban Pajak Badan Tangguhan                                          | -                       |
| <b>Surplus/Defisit Neto</b>                                          | <b>18.348.559.782,0</b> |

## Lampiran 6

**Laporan Arus Kas**  
**Periode per 31 Mei 2026**

| Uraian                                            | Mei                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASI</b>            |                           |
| <b>ARUS MASUK KAS</b>                             |                           |
| Penerimaan dari Jasa Layanan kepada Masyarakat    | 627.574.666.944           |
| Penerimaan dari Jasa Layanan kepada Entitas Lain  | 576.136.006               |
| Penerimaan dari Hasil Kerja Sama                  | -                         |
| Penerimaan dari Hibah                             | -                         |
| Penerimaan Usaha Lainnya                          | 15.263.312.777            |
| Penerimaan PNPB Umum                              | 16.412.001                |
| Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga Transitoris   | 21.838.514.438,00         |
| <b>JUMLAH ARUS MASUK KAS</b>                      | <b>665.269.042.166,00</b> |
| <b>ARUS KELUAR KAS</b>                            |                           |
| Pembayaran Pegawai                                | 293.177.328.115,0         |
| Pembayaran Barang                                 | 24.709.174.836,0          |
| Pembayaran Jasa                                   | 44.255.589.484,0          |
| Pembayaran Barang Menghasilkan Persediaan         | 139.116.548.399,0         |
| Pembayaran Pemeliharaan                           | 9.642.536.079,0           |
| Pembayaran Perjalanan Dinas                       | 424.158.790,0             |
| Pembayaran Barang dan Jasa Kekhususan BLU         | 2.493.318.220,0           |
| Penyetoran PNPB ke Kas Negara                     | 21.462.001,0              |
| Penngeluaran Perhitungan Pihak Ketiga Transitoris | 24.329.477.379,0          |
| <b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS</b>                     | <b>538.169.593.303</b>    |
| <b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS OPERASI</b>     | <b>127.099.448.863</b>    |
| <b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI</b>          |                           |
| <b>ARUS MASUK KAS</b>                             |                           |
| Penjualan atas Tanah                              | -                         |
| Penjualan atas Peralatan dan Mesin                | 5.050.000,0               |
| Penjualan atas Gedung dan Bangunan                | -                         |
| Penjualan atas Jalan, Irigasi dan Jaringan        | -                         |
| Penjualan atas Aset Tetap Lainnya                 | -                         |
| Penjualan Aset lainnya                            | -                         |
| <b>JUMLAH ARUS MASUK KAS</b>                      | <b>5.050.000</b>          |
| <b>ARUS KELUAR KAS</b>                            |                           |
| Perolehan atas Tanah                              | -                         |
| Perolehan atas Peralatan dan Mesin                | 1.496.098.760,0           |
| Perolehan atas Gedung dan Bangunan                | 8.512.090,0               |
| Perolehan atas Jalan, Irigasi dan Jaringan        | 76.451.200,0              |
| Perolehan atas Aset Tetap Lainnya                 | -                         |
| Perolehan Aset lainnya                            | -                         |
| <b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS</b>                     | <b>1.581.062.050</b>      |
| <b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS INVESTASI</b>   | <b>(1.576.012.050)</b>    |
| <b>ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN</b>          |                           |
| <b>ARUS MASUK KAS</b>                             |                           |
| Penerimaan dari Alokasi APBN                      | 82.018.638.577,0          |

| Uraian                                            | Mei                      |
|---------------------------------------------------|--------------------------|
| Pinjaman Jangka Pendek                            | -                        |
| Pinjaman Jangka Panjang                           | -                        |
| <b>JUMLAH ARUS MASUK KAS</b>                      | <b>82.018.638.577</b>    |
| <b>ARUS KELUAR KAS</b>                            |                          |
| Pembayaran Angsuran Pokok Pinjaman Jangka Pendek  | -                        |
| Pembayaran Angsuran Pokok Pinjaman Jangka Panjang | -                        |
| <b>JUMLAH ARUS KELUAR KAS</b>                     | <b>-</b>                 |
| <b>ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS PENDANAAN</b>   | <b>82.018.638.577</b>    |
| <b>KENAIKAN/PENURUNAN KAS</b>                     | <b>207.542.075.390</b>   |
| <b>Saldo Awal Kas</b>                             | <b>583.954.072.910,0</b> |
| <b>SALDO AKHIR KAS</b>                            | <b>791.496.148.300</b>   |
| <i>Crosscheck</i>                                 | -                        |
|                                                   |                          |

**Lampiran 7**

**Kegiatan RSUP Dr. Kariadi Semester I Tahun 2026**

**1. Penerimaan Piagam MURI**



**2. Kunjungan Kerja DPR\_RI**





### 3. Kunjungan BPJS Ketenagakerjaan



### 4. Pengampunan Tata Kelola RS





## 5. Penyelenggaraan Piala Menkes Se RS di Indonesia



## 6. Kegiatan Kidney Hero



**Lampiran 8**

**Penghargaan - Penghargaan RSUP Dr. Kariadi Semester I Tahun 2026**



## Penghargaan - Penghargaan RSUP Dr. Kariadi Semester I Tahun 2026

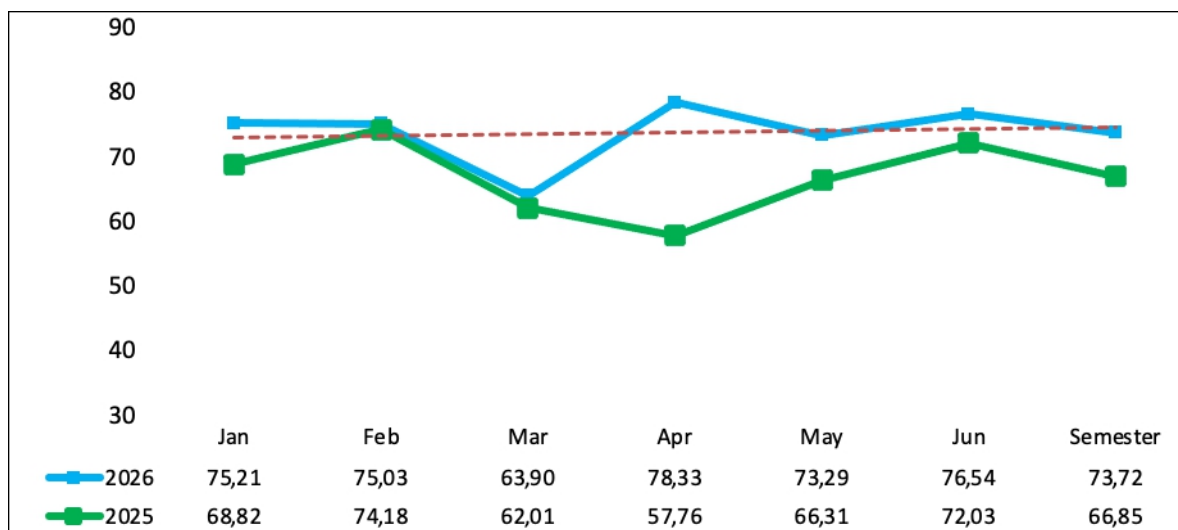




## Lampiran 9

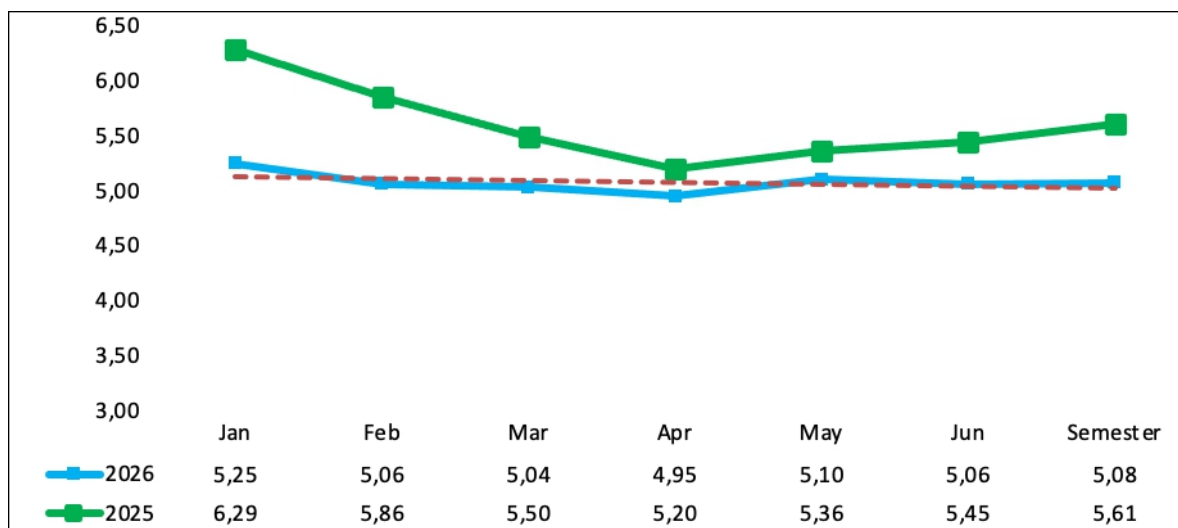
### Indikator Layanan Rumah Sakit

#### 1. Bed Occupancy Ratio (BOR)



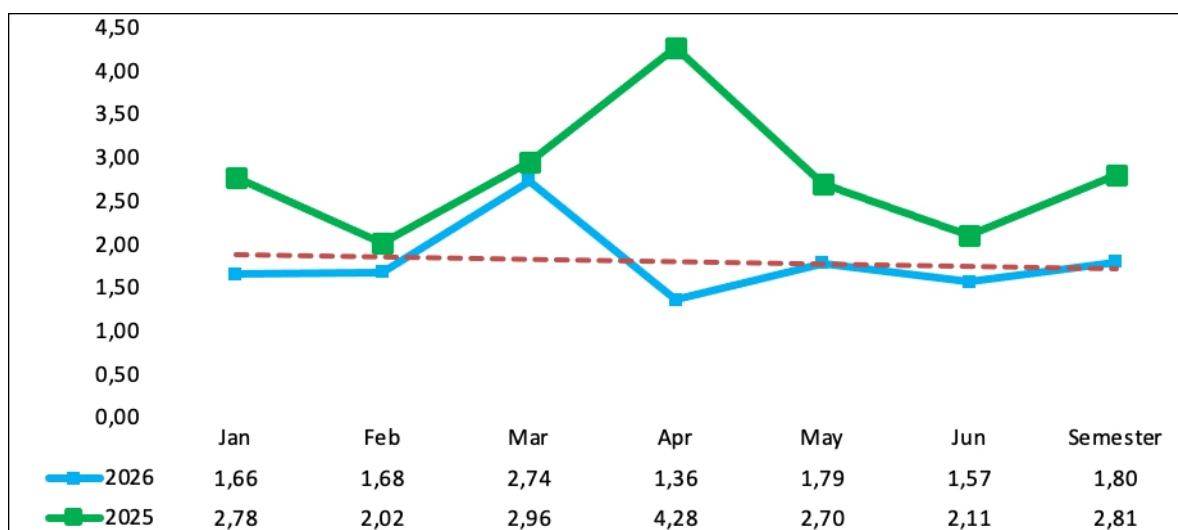
Capaian BOR rawat inap rumah sakit pada semester I tahun 2026 adalah 73,72%, masih dalam batas ideal (nilai ideal 60%-85%) namun mengalami peningkatan dibandingkan dengan semester I tahun 2025. Capaian BOR tersebut menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit

#### 2. Average Length of Stay (AVLOS)



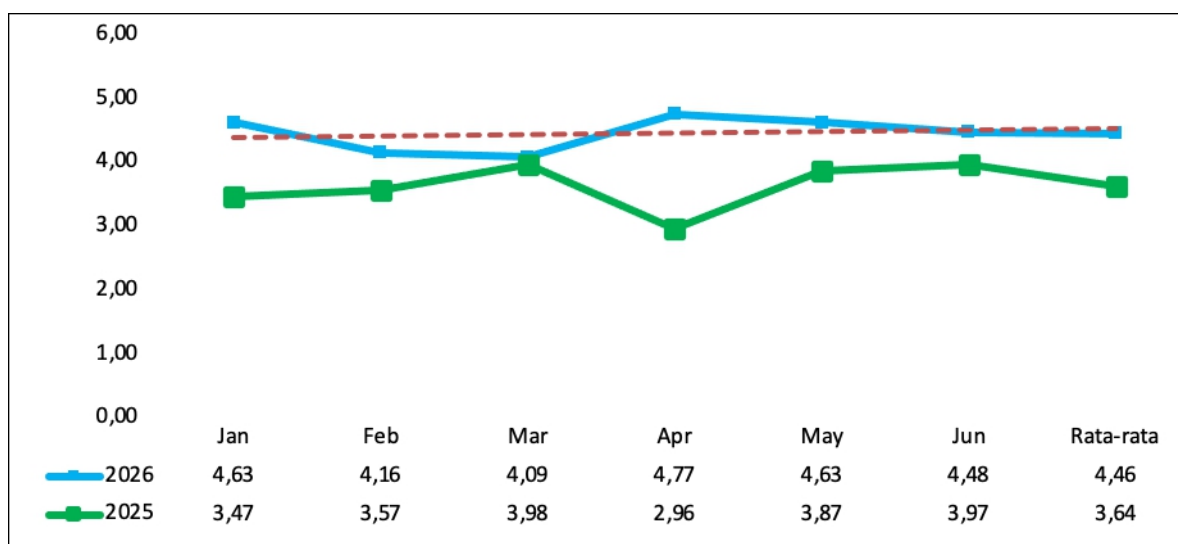
Capaian Av-LOS rawat inap rumah sakit pada semester I tahun 2026 adalah 5,08 hari, di bawah batas ideal (nilai ideal 6-9 hari). Indikator ini disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Pada semester I tahun 2026 Av-Los memendek dibandingkan semester I tahun 2025, hal ini menunjukkan upaya KMKB yang dilakukan oleh RS berhasil.

### 3. Turn Over Interval (TOI)



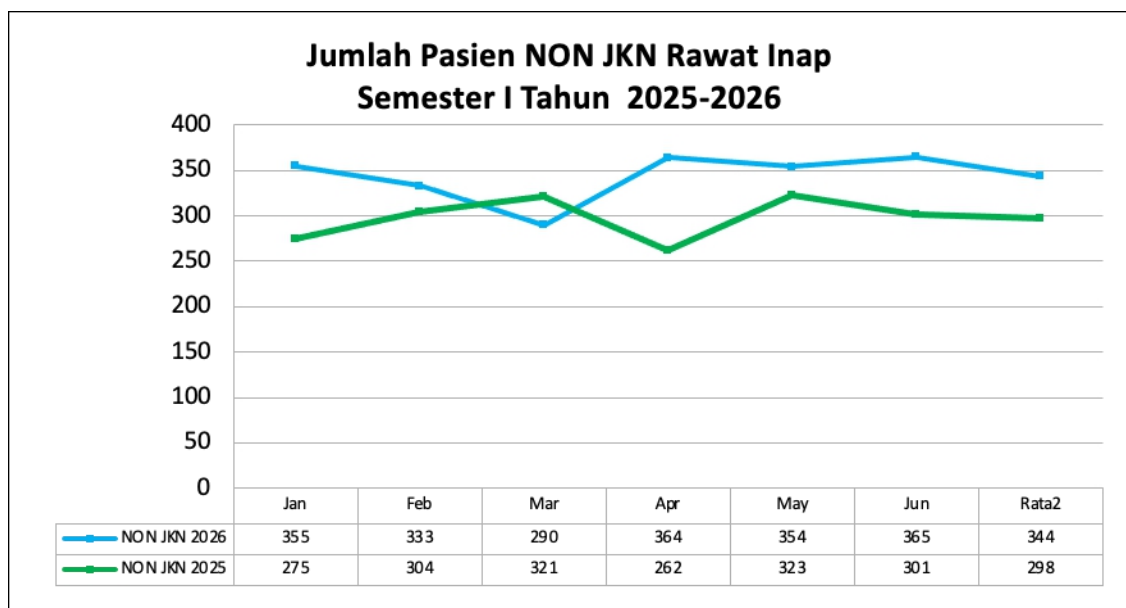
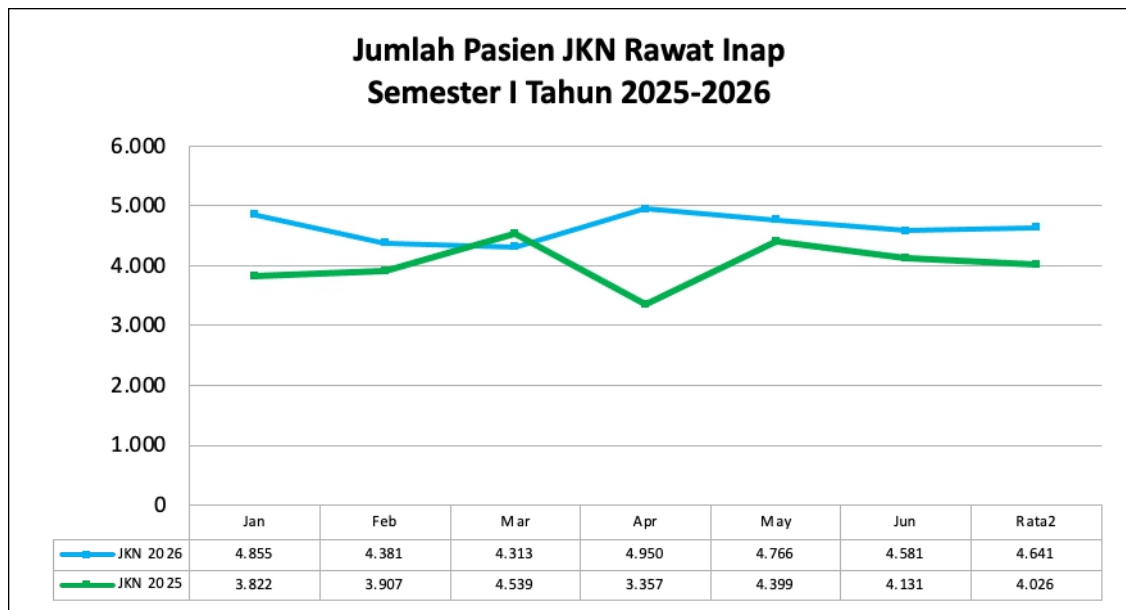
Terjadi peningkatan efisiensi penggunaan tempat tidur dalam kurun waktu semester I tahun 2026 ditunjukkan dengan *trend* TOI yang menurun artinya terjadi penurunan hari tempat tidur yang tidak ditempati pasien. Capaian TOI (*Turn Over Interval*) rawat inap rumah sakit pada semester I tahun 2026 adalah 1,80 dalam batas ideal (nilai ideal 1-3 hari) mengalami penurunan dari semester I tahun 2025. Indikator ini menggambarkan untuk tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur

### 4. Bed Turn Over (BTO)



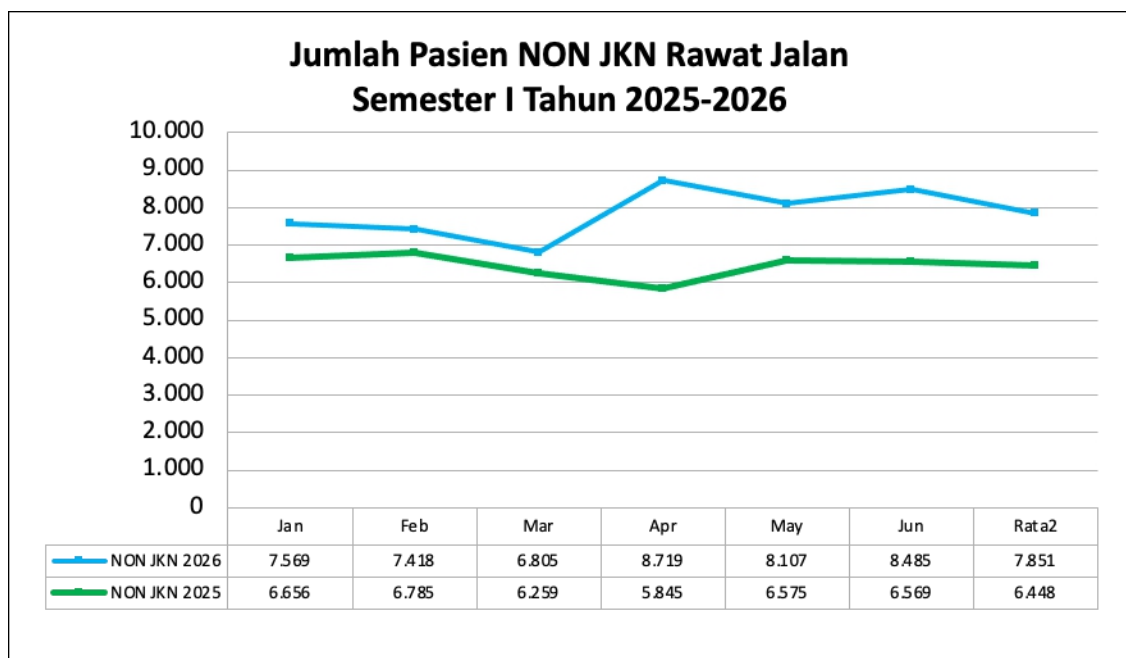
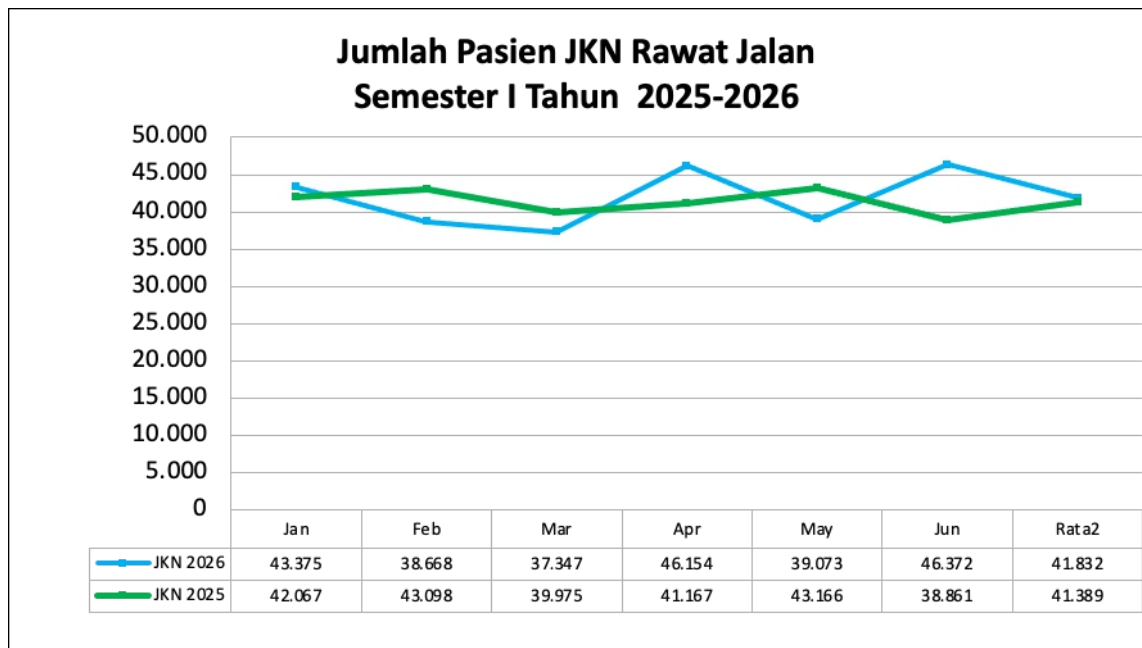
Terjadi peningkatan frekuensi penggunaan tempat tidur dalam kurun waktu semester I 2026 ditunjukkan dengan *trend* BTO yang meningkat dari semester I tahun 2025. Hal inimenunjukkan RS telah melakukan optimalisasi penggunaan tempat tidur.

## 5. Jumlah Pasien Rawat Inap



Pada semester I tahun 2026 terjadi peningkatan pasien rawat inap baik pasien JKN maupun pasien Non JKN. Rata-rata jumlah pasien Non JKN rawat inap meningkat (15,43%) jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya sementara untuk pasien JKN meningkat (15,27%)

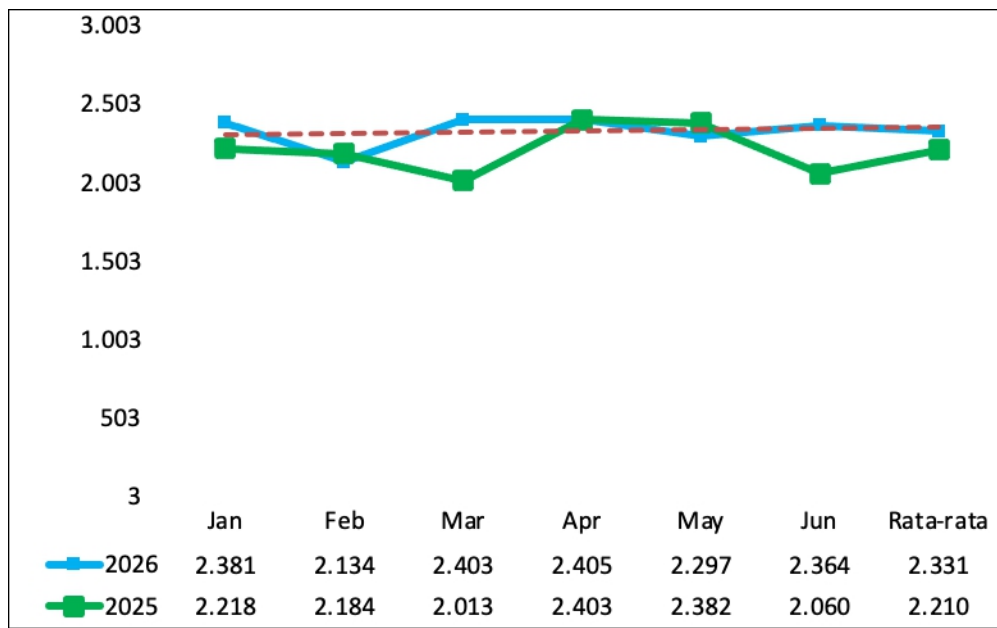
## 6. Jumlah Pasien Rawat Jalan



Pada tahun 2026 rata-rata jumlah pasien Non JKN rawat jalan **meningkat** (naik 21,76%) jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya untuk pasien JKN juga meningkat (1,07%).

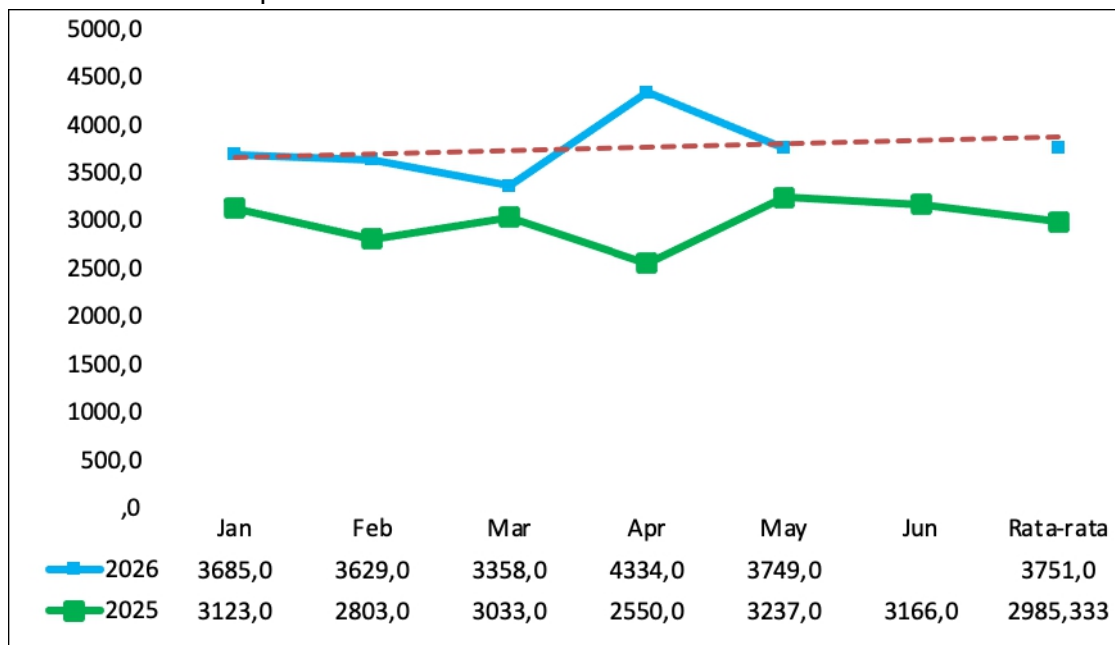


## 7. Jumlah Pasien IGD



Jumlah kunjungan IGD semester I tahun 2026 mengalami peningkatan (5,48%) dibandingkan semester I tahun 2025. Mulai tahun 2025 kunjungan di Instalasi Gawat Darurat tidak begitu banyak setelah diterapkan sistem *triage* untuk menyaring pasien yang tidak *true emergency* diarahkan melalui TPPRI atau poliklinik rawat jalan.

## 8. Jumlah Tindakan Operasi



Jumlah operasi semester I tahun 2026 mengalami peningkatan (25,66%) dibandingkan semester I tahun 2025. Jumlah tindakan operasi tahun 2026, baru dapat dilaporkan sampai dengan bulan Mei 2026. Namun meskipun baru sampai bulan Mei, namun sudah dapat melewati jumlah tindakan pada semester I tahun 2025.

### 9. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Inap

| No | ICD   | Diagnosa                                                | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|----|-------|---------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------|
|    |       |                                                         | L         | P         |        |
| 1  | I25.1 | Atherosclerotic heart disease                           | 649       | 237       | 886    |
| 2  | C73   | Malignant neoplasm of thyroid gland                     | 109       | 498       | 607    |
| 3  | D25.9 | Leiomyoma of uterus, unspecified                        | 0         | 410       | 410    |
| 4  | D69.6 | Thrombocytopenia, unspecified                           | 174       | 230       | 404    |
| 5  | C50.9 | Malignant neoplasm of breast, unspecified               | 4         | 359       | 363    |
| 6  | I21.0 | Acute transmural myocardial infarction of anterior wall | 256       | 60        | 316    |
| 7  | C56   | Malignant neoplasm of ovary                             | 0         | 271       | 271    |
| 8  | I12.0 | Hypertensive renal disease with renal failure           | 117       | 129       | 246    |
| 9  | N20.0 | Calculus of kidney                                      | 130       | 103       | 233    |
| 10 | I21.1 | Acute transmural myocardial infarction of inferior wall | 173       | 53        | 226    |

### 10. Sepuluh Besar Penyakit Rawat Jalan

| No | ICD   | Diagnosa                                                      | Laki-laki | Perempuan | Jumlah |
|----|-------|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--------|
| 1  | C50.9 | Malignant neoplasm of breast, unspecified                     | 75        | 19096     | 19171  |
| 2  | I10   | Essential (primary) hypertension                              | 5720      | 7324      | 13044  |
| 3  | N18.5 | Chronic kidney disease, stage 5                               | 5467      | 4696      | 10163  |
| 4  | C53.9 | Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified               | 5         | 9008      | 9013   |
| 5  | E11.9 | Non-insulin-dependent diabetes mellitus without complications | 4910      | 4506      | 9416   |
| 6  | I25.1 | Atherosclerotic heart disease                                 | 6068      | 1928      | 7996   |
| 7  | C73   | Malignant neoplasm of thyroid gland                           | 1155      | 6319      | 7474   |
| 8  | E78.5 | Hyperlipidaemia, unspecified                                  | 3568      | 3191      | 6759   |
| 9  | I50.0 | Congestive heart failure                                      | 3473      | 2006      | 5479   |
| 10 | M32.9 | Systemic lupus erythematosus, unspecified                     | 302       | 4376      | 4678   |

## Lampiran 10

### Capaian Indikator Transformasi Layanan Semester I Tahun 2026

| NO | NAMA INDIKATOR                                          | STANDAR     | TARGET | SEMESTER I TAHUN 2026 |        |        |        |        |        | RATA-RATA |
|----|---------------------------------------------------------|-------------|--------|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
|    |                                                         |             |        | JAN                   | FEB    | MAR    | APR    | MEI    | JUNI   |           |
| 1  | Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang | ≤ 120 Menit | 80%    | 84,79%                | 88,37% | 86,67% | 81,60% | 81,57% | 82,01% | 84,17%    |
| 2  | Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)                    | ≤ 60 Menit  | 80%    | 81,44%                | 81,25% | 81,72% | 81,52% | 84,21% | 82,11% | 82,04%    |
| 3  | Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)                 | ≤ 60 Menit  | 80%    | 81,33%                | 81,74% | 86,34% | 91,98% | 91,07% | 96,42% | 88,15%    |
| 4  | Pembatalan operasi elektif                              | ≤ 3 %       | ≤ 3 %  | 0,85%                 | 1,04%  | 0,42%  | 0,62%  | 0,96%  | 0,84%  | 0,79%     |
| 5  | Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam                   | ≤ 4Jam      | 90%    | 91,35%                | 91,37% | 90,75% | 90,80% | 90,82% | 92,08% | 91,20%    |
| 6  | Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1           | ≥ 90%       | ≥ 90%  | 97,45%                | 95,58% | 95,50% | 97,77% | 97,91% | 98,47% | 97,11%    |
| 7  | Waktu Masuk Rawat Inap                                  | ≤ 60 Menit  | ≥ 90%  | 92,45%                | 92,30% | 91,05% | 91,73% | 91,90% | 92,93% | 92,06%    |

**Capaian Indikator Terpilih Rumah Sakit Semester I Tahun 2026**

| No | Nama Indikator                                                                               | Target                                     | Jan         | Feb         | Mar         | Apr         | Mei         | Juni   |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 1  | Tingkat Perencanaan dan Pengelolaan Rekening BLU                                             | 3,5                                        | 4           | 5           | 5           | 5           | 5           | 4,7    |
| 2  | Modernisasi Pengelolaan BLU                                                                  | 100%                                       | 95%         | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%   |
| 3  | Kualitas Klaim Jaminan Kesehatan Nasional ke BPJS Kesehatan                                  | 90%                                        | 89%         | 84%         | 86%         | 81,30%      | 84%         | 82,88% |
| 4  | Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional                                          | 50%                                        | 44%         | 45%         | 45%         | 44%         | 44%         |        |
| 5  | Rasio Beban Persediaan Farmasi Terhadap Pendapatan Operasional                               | 25%                                        | 28%         | 26%         | 29%         | 29%         | 28%         |        |
| 6  | Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang                                                   | 40                                         | 37          | 41          | 43          | 44          | 46          |        |
| 7  | Earning Before Interest Taxes, Depreciation and Amortization (EBITDA) Margin                 | 15%                                        | 22%         | 8%          | 8%          | 8%          | 11%         |        |
| 8  | Porsi pendapatan non JKN terhadap pendapatan operasional                                     | 25%                                        | 18%         | 17%         | 15%         | 17%         | 18%         |        |
| 9  | Rasio pendapatan operasional terhadap jumlah tempat tidur                                    | 1,5M/TT/Tahun<br>atau 125<br>Juta/TT/Bulan | 124.890.180 | 110.693.529 | 110.346.941 | 128.377.291 | 122.659.619 |        |
| 10 | Pertumbuhan layanan BLU                                                                      | 3,5                                        | 5           | 3           | 3           | 5           | 3           | 5      |
| 11 | Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang                                         | 80%                                        | 85%         | 88%         | 87%         | 82%         | 82%         | 82%    |
| 12 | Persentase pengguna pendaftaran online pasien rawat jalan                                    | 85%                                        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%   |
| 13 | Integrasi RME dan Kesesuaian Pengiriman Data ke SATUSEHAT                                    | 80%                                        | 63%         | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%   |
| 14 | Persentase pasien yang mendapatkan antibiotik Sistemik Empirik sesuai standar                | 80%                                        | 91%         | 79%         | 79%         | 81%         | 95,00%      | 95,00% |
| 15 | Pasien Stroke Hiperakut (4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit | 80%                                        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%   |
| 16 | Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) 7 Hari                                     | 80%                                        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%        | 100%   |

**Indikator keuangan Rumah Sakit  
Per Mei 2026**

| No. | Indikator                                                                      | Target RS                                          | s.d.       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|
|     |                                                                                |                                                    | May-26     |
| 1   | <i>Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA)</i> | Positif (Rp Juta)                                  | 53.998,16  |
| 2   | Net Cash Flow                                                                  | Sesuai indikator (Rp Juta)                         | 207.542,08 |
| 3   | Pendapatan Operasional                                                         | Linear Sesuai Target Pendapatan BLU/PNBP (Rp Juta) | 668.845,61 |
| 4   | Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional                            | $\leq 45\%$                                        | 45%        |
| 5   | Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional *)              | $\leq 25\%$                                        | 29%        |
| 6   | Rasio Beban Persediaan Non Farmasi terhadap Pendapatan Operasional             | $\leq 5\%$                                         | 2%         |
| 7   | <i>Gross Margin</i>                                                            | $\geq 25\%$                                        | 19%        |
| 8   | <i>Operating Margin</i>                                                        | $\geq 10\%$                                        | 1%         |
| 9   | <i>EBITDA Margin</i>                                                           | $\geq 15\%$                                        | 10%        |
| 10  | <i>Days Receivable Turnover</i>                                                | $\leq 40$ hari                                     | 46         |
| 11  | <i>Days Inventory Turnover</i>                                                 | $\leq 60$ hari                                     | 7          |
| 12  | <i>Days Payable Turnover</i>                                                   | $\leq 60$ hari                                     | 47         |