



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TRIWULAN 2 TAHUN 2025



RS NGOERAH **DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN** **KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

Jl. Diponegoro, Desa/Kelurahan Dauh Puri, Kec. Denpasar Barat, Kota Denpasar,
Provinsi Bali, Kode Pos: 80114
Telepon. (0361) 227911-15, 225482, 223869
Email: info@profngoerahhospitalbali.com Website: www.profngoerahhospitalbali.com

KATA PENGANTAR

Om Swastyastu,

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa/Ida Sang Hyang Widhi Wasa karena atas Asung Kertha Wara NugrahaNya sampai saat ini kita diberikan kesehatan dan kekuatan sehingga dapat melaksanakan tugas dengan baik.

Kewajiban bagi rumah sakit adalah melakukan evaluasi terhadap program kegiatan instansi rumah sakit. Evaluasi atas pelaksanaan program kegiatan rumah sakit secara periodik disajikan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai pedoman dalam penyusunan program – program berikutnya.

Secara keseluruhan program kerja selama triwulan 2 tahun 2025 telah dilaksanakan dengan baik melalui perhitungan strategis dalam periode triwulan. Meskipun demikian kami menyadari masih terdapat beberapa aspek yang perlu dibenahi dan ditingkatkan dimasa yang akan datang, sehingga Rumah Sakit Ngoerah dapat mendukung terwujudnya visi, misi Kementerian Kesehatan RI melalui program dan kegiatan yang dilakukan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terimakasih kepada seluruh jajaran Rumah Sakit Ngoerah, baik dari manajemen, fungsional maupun administrasi dan karyawan lainnya karena atas kerja keras dan usaha – usaha yang tiada henti sehingga kegiatan selama periode triwulan 2 tahun 2025 dapat berjalan dengan baik. Semoga Tuhan Yang Maha Esa akan selalu memberikan bimbingan kepada kita semua sehingga dimasa yang akan datang kita tetap dapat melaksanakan tugas dengan lebih baik.

Om, Santhi Santhi Shanti, Om

Denpasar, Juli 2025
Plt. Direktur Utama



dr. I Wayan Sudana, M.Kes
NPP. 261251656

IKHTISAR EKSEKUTIF

Rumah Sakit Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, Rumah Sakit Ngoerah yang telah menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, RS Ngoerah telah melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Keseluruhan sasaran program yang dipantau adalah 11 sasaran, dengan 14 indikator kinerja utama. Dari 14 Indikator Kinerja Utama, pada Triwulan 2 Tahun 2025 terdapat 5 Indikator sudah mencapai Target (35,72%), 3 Indikator yang belum mencapai target (21,43%) dan 6 indikator belum saatnya dilakukan pengukuran (42,85%). Adapun indikator yang belum mencapai target adalah indikator :

1. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
2. Persentase Standar Klinis yang Tercapai (Sesuai Layanan Unggulan yang Dipilih RS)
3. Persentase pendapatan non- JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS

Secara umum proses perbaikan secara terus menerus dilaksanakan dengan konsep *continues improvement* untuk mencapai sasaran program. Konsep kerjasama dan pengembangan kegiatan evaluasi, pelaporan dan perbaikan menganut konsep S-M-A-R-T, yaitu : SEMANGAT, merupakan dasar dan motivasi yang kuat untuk bekerja bersungguh-sungguh sepenuh hati melaksanakan tugas di rumah sakit untuk ikhlas melayani; MAJU, bahwa bersama-sama memandang ke depan, belajar dari pengalaman, berkembang bergerak ke arah yang lebih baik dari sebelumnya; AKTIF, merupakan ungkapan proaktif, peningkatan kapasitas kinerja yang selalu dinamis, ber-Transformasi, berkembang, yang kemudian akan memberikan kesempatan untuk ber-Inovasi, mencoba berbagai hal baru untuk pengembangan pelayanan kesehatan rujukan yang lebih mahir; RAIH, menyatakan berkomitmen bersama, bergerak bersama, bekerja dalam tim, komunikatif, saling melengkapi, untuk mencapai hasil yang kita harapkan bersama; dan TUJUAN, Visi Rumah Sakit Layanan Terbaik Di Asia Pasifik Dengan Unggulan Medical Tourism Yang Tumbuh Berkelanjutan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	2
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	3
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL	5
DAFTAR GAMBAR.....	6
BAB I. PENDAHULUAN.....	7
A. Latar Belakang.....	7
B. Dasar Hukum.....	8
C. Maksud dan Tujuan.....	10
D. Tugas Pokok dan Fungsi	10
Matrik Struktur Organisasi RS Ngoerah Tahun 2023	13
E. Sistematika Penulisan.....	14
BAB II. PERENCANAAN KINERJA	15
A. Rencana Kerja Tahunan.....	15
B. Penetapan Kinerja	17
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA	20
A. Capaian Kinerja Program Organisasi	20
B. Realisasi Anggaran	35
C. Kondisi SDM pada Triwulan 1 Tahun 2025	37
BAB IV. PENUTUP	38
A. Simpulan	38
B. Rekomendasi.....	39

DAFTAR TABEL

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang	12
Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RS Ngoerah	12
Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RS Ngoerah Tahun 2025	16
Tabel III.1 Rekapitulasi Kinerja Tahunan RS Ngoerah Tahun 2025	43
Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja RS Ngoerah Triwulan 2 2025	44
Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RS Ngoerah TA Triwulan 2 2025	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar I.1 Struktur Organisasi RS Ngoerah Tahun 2023

14

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah adalah Instansi milik Pemerintah. Sebagai salah satu Rumah Sakit Vertikal yang merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Kementerian Kesehatan RI, RS Ngoerah memiliki kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala. Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, setiap pimpinan Instansi Pemerintah diharapkan melakukan evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) di Instansinya masing-masing setiap tahun.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014, Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) merupakan rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Untuk mengetahui sejauh mana implementasi SAKIP dilaksanakan, serta untuk mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil, maka perlu dilakukan evaluasi AKIP atau evaluasi atas implementasi SAKIP. Evaluasi AKIP ini diharapkan dapat mendorong setiap instansi pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk berkomitmen dan secara konsisten meningkatkan implementasi SAKIP dalam mewujudkan capaian kinerja (hasil) yang telah direncanakan. Evaluasi AKIP diawali dengan perumusan tujuan evaluasi, kemudian dilanjutkan dengan penentuan ruang lingkup evaluasi, perancangan desain evaluasi, menentukan mekanisme pelaksanaan evaluasi, diakhiri dengan pelaporan dan pengomunikasian hasil evaluasi.

Evaluasi implementasi SAKIP di seluruh kementerian/Lembaga, Pemerintah Provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota telah dilakukan oleh Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi (Kementerian PAN-RB) sejak tahun 2014. Melalui hasil evaluasi tersebut, Kementerian PAN-RB membagi instansi pemerintah menjadi tujuh kategori berdasarkan tingkat efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran. Ketujuh kategori tersebut, yaitu (1) Sangat memuaskan atau AA dengan range nilai 90 – 100; (2) Memuaskan atau A dengan range nilai 80 -90; (3) Sangat

baik atau BB dengan range nilai 70 - 80; (4) Baik atau B dengan range nilai 60 – 70; (5) Cukup atau CC dengan range nilai 50 – 60; (6) Kurang atau C dengan range nilai 30 – 50; dan (7) Sangat kurang atau D dengan range nilai 0 – 30.

RS Ngoerah merupakan UPT Vertikal Kementerian Kesehatan RI yang bertempat di Kota Denpasar Provinsi Bali. RS Ngoerah mulai dibangun tahun 1956 dan diresmikan pada 30 Desember tahun 1959 dengan kapasitas 150 tempat tidur dalam perkembangannya mengalami beberapa kali perubahan status, yaitu pada tahun 1993 menjadi rumah sakit swadana (SK Menkes No. 1133/Menkes/SK/VI/1994). Kemudian pada tahun 1997 menjadi rumah sakit PNB (Pendapatan Negara Bukan Pajak). Pada tahun 2000 berubah status menjadi perusahaan jawatan (Perjan) sesuai peraturan Pemerintah tahun 2000. Terakhir pada tahun 2005 berubah menjadi PPK-BLU (Kemenkes RI N0.1243 tahun 2005 tanggal 11 Agustus 2005) dan ditetapkan sebagai RS Pendidikan Tipe A sesuai Permenkes 1636 tahun 2005 tertanggal 12 Desember 2005. RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah merupakan nama baru dari RSUP Sanglah Denpasar yang telah berganti sejak tanggal 7 Juli 2022.

B. Dasar Hukum

Adapun beberapa ketentuan perundang – undangan yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah sebagai berikut:

1. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4617);
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;

6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1332/ 2022 tentang Uraian Tugas Dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan Dan Pembentukan Tim Kerja Dalam Pelaksanaan Tugas Dan Fungsi Organisasi;
12. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.01.07/ PDN.XIV.4.3.1/ 0167/ 2019 tentang Panduan Pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP);
13. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Nomor HK.02.03/ SK.XIV.4.3.1/ 8639/ 2021 tentang Pembentukan Tim Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar;
14. Pedoman Teknis Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Kementerian Kesehatan RI 2023;
15. Keputusan Direktur Utama Nomor: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023 Tanggal 20 September 2023, tentang Struktur Organisasi RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah.
16. Edaran Direktur Utama RSUP Prof. Dr. IGNG Ngoerah, No. PR.01.03/D.XVII.4.2/024/2024, Tanggal 19 Pebruari 2024 tentang Kegiatan strategis pencapaian indikator kinerja rumah sakit sebagai wujud penyelenggaraan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 terkait Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Tahun Anggaran 2024;

C. Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Rumah Sakit Ngoerah ini adalah sebagai perwujudan pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya pelaksanaan kebijakan dan program/ kegiatan yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah termasuk RS Ngoerah yang telah dilaksanakan dalam kurun waktu triwulan 2 tahun 2025.

D. Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja kementerian Kesehatan, RS Ngoerah Denpasar adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan; Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ MENKES/ 1332/ 2022 tentang Uraian Tugas Dan Fungsi Organisasi Kementerian Kesehatan Dan Pembentukan Tim Kerja Dalam Pelaksanaan Tugas Dan Fungsi Organisasi; Penataan Organisasi Non Struktural di RS Ngoerah Denpasar, Nomor OT.01.01/D/6989/2023 Tanggal 26 April 2023 serta Persetujuan Tim Kerja Rumah Sakit Vertikal di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: OT.01.01/D/7927/2023 Tanggal 18 Juni 2023, maka mulai Oktober 2023 terdapat perubahan struktur tata kerja rumah sakit sesuai dengan Keputusan Direktur Utama RS Ngoerah Denpasar Nomor: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023 Tanggal 20 September 2023 Tentang Struktur Organisasi, yaitu sebagai berikut:

1. Direktorat Medik, Keperawatan dan Penunjang dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama yang mengarahkan:
 - a. Tim Kerja Pelayanan Medik
 - b. Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
 - c. Tim Kerja Pelayanan Penunjang
 - d. Unit – unit Non Struktural

Tabel I.1 Instalasi dibawah Direktorat Medik Keperawatan Dan Penunjang

No	Instalasi	No	Instalasi
1	Instalasi Gawat Darurat	9	Instalasi Laboratorium Terpadu
2	Instalasi Rawat Jalan	10	Instalasi Farmasi
3	Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu	11	Instalasi Gizi
4	Instalasi Rawat Inap	12	Instalasi Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
5	Instalasi Bedah Sentral	13	Instalasi Wing Amerta
6	Instalasi Rawat Intensif	14	Instalasi Kesehatan Ibu dan Anak
7	Instalasi Kanker Terpadu	15	Unit Bisnis NSWAC
8	Instalasi Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensial		

Tabel. I.2 Kelompok Staf Medis di RS Ngoerah

No	KSM	No	KSM
1	Neurologi	14	Bedah Plastik
2	Ilmu Kesehatan Anak	15	Orthopedi & Traumatologi
3	Bedah Umum	16	Ilmu Kedokteran Forensik
4	Dermatologi dan Venereologi	17	Kardiologi dan Kedokteran Vaskuler
5	Urologi	18	Umum
6	Ilmu Kesehatan THT-KL	19	Mikrobiologi Klinik
7	Psikiatri	20	Patologi Anatomi
8	Ilmu Kesehatan Mata	21	Patologi Klinik
9	Bedah saraf	22	Radiologi
10	Anestesi dan terapi Intensif	23	Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
11	Obstetri & Ginekologi	24	Ilmu Kesehatan Gigi dan Mulut
12	Ilmu Penyakit Dalam	25	Gizi klinik
13	Paru	26	Onkologi Radiasi

2. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia
 - b. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
 - c. Tim Kerja Penelitian
 - d. Unit – unit Non Struktural

Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian

No	Instalasi
1	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
2	Instalasi <i>Clinical Research Unit</i>

3. Direktorat Perencanaan dan Keuangan dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Tim Kerja Perencanaan dan Evaluasi Anggaran
 - b. Tim kerja Perencanaan dan Evaluasi Program
 - c. Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
 - d. Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara
 - e. Unit non Struktural, yaitu Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien
4. Direktorat Layanan Operasional dipimpin oleh seorang Direktur yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama, yang mengarahkan:
 - a. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga
 - b. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat
 - c. Unit-unit Non Struktural

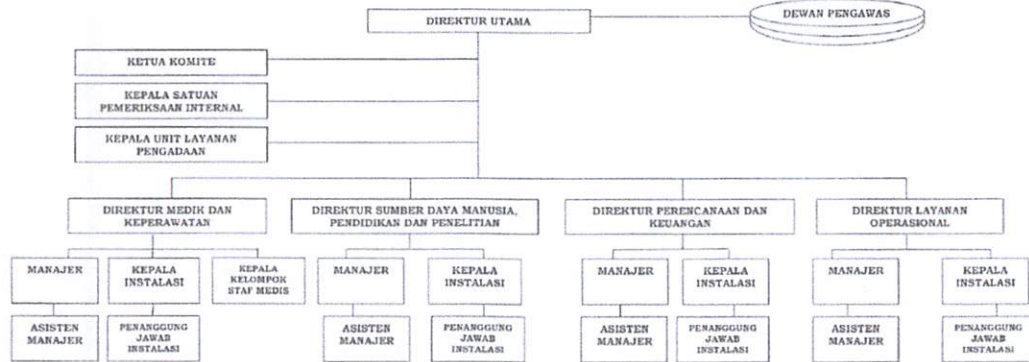
Tabel I.3 Instalasi dibawah Direktorat Layanan Operasional

No	Instalasi
1	Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
2	Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
3	Instalasi Promosi Kesehatan, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis
4	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
5	Instalasi Rekam Medik
6	Instalasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit

5. Unit-unit Non Struktural Non Direktorat terdiri dari:
 - a. Dewan pengawas
 - b. Satuan Pemeriksa Internal
 - c. Komite :
 - 1) Komite Medik
 - 2) Komite Keperawatan
 - 3) Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
 - 4) Komite Etik dan Hukum
 - 5) Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pengendalian Resistensi Antimikroba
 - 6) Komite Mutu Rumah Sakit
 - 7) Komite Koordinasi Pendidikan
 - d. Unit Layanan Pengadaan

Matrik Struktur Organisasi RS Ngoerah Tahun 2023

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH
NOMOR: HK.02.03/D.XVII.4.3.1/48973/2023
T E N T A N G
STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR. I.G.N.G NGOERAH



DITETAPKAN DI : D E N P A S A R
PADA TANGGAL : 20 SEPTEMBER 2023

DIREKTUR UTAMA,

I WAYAN SUDANA

E. Sistematika Penulisan

KATA PENGANTAR

IKHTISAR EKSEKUTIF

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Dasar Hukum

C. Maksud dan Tujuan

D. Tugas Pokok dan Fungsi

E. Sistematika Penulisan

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kerja Tahunan

B. Penetapan Kinerja

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

B. Realisasi Anggaran

BAB IV. PENUTUP

A. Simpulan

B. Rekomendasi

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kerja Tahunan

Rencana Kinerja Tahunan RS Ngoerah Tahun 2025 disusun berdasarkan surat dari Dirjen Keslan no PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 5 Februari 2025 yang menyatakan bahwa Perjanjian Kinerja awal UPT Vertikal dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan secara mandatory memuat 12 (dua belas) Indikator Kinerja Utama UPT Vertikal serta 2 (dua) indikator direktif.

Tabel II.1 Rencana Kinerja Tahunan RS Ngoerah Tahun 2025

	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61%-88.3%)
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2	Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	2%
		4	Training Effectiveness Index (TEI)	70%
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5	Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6	Skor Blu Maturity Rating	Level 3
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	<1.0% for all infections

	dan konsisten	9	Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10	Persentase pendapatan non- JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	25%
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61%-88.3%)
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (Persentase terhadap pendapatan operasional netto)	10%
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai kinerja penganggaran	80,1%
		14	Realisasi Anggaran	95%

B. Penetapan Kinerja

Adapun penetapan Kinerja Tahunan RS Ngoerah Tahun 2025 dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI terdiri dari 11 Sasaran Program dan 14 indikator, sebagai berikut:

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR.
I G.N.G. NGOERAH DENPASAR**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : dr. I Wayan Sudana, M.Kes.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. I G.N.G. Ngoerah Denpasar, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

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

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan,
Kementerian Kesehatan RI

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,

Pihak Pertama



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP.197106262000031002



dr. I Wayan Sudana, M.Kes
NIP. 196504091995091001

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Besar Sertifikasi Elektronik (B2E), Badan Siber dan Sandi Negara

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF. DR.
I G.N.G. NGOERAH DENPASAR

	Sasaran Program / Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61%-88.3%)
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2	Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	2%
		4	Training Effectiveness Index (TEI)	70%
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5	Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6	Skor Blu Maturity Rating	Level 3
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	<1.0% for all infections
		9	Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	25%
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61%-88.3%)

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

10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (Persentase terhadap pendapatan operasional netto)	10%
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai kinerja penganggaran	80,1%
		14	Realisasi Anggaran	95%

Target Pendapatan PNB

Rp. 1.240.000.000.000,-

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN
2. Program dukungan manajemen

Anggaran

Rp. 1.040.119.322.000,-

Rp. 128.859.005.000,-

Total

Rp. 1.168.978.327.000,-

Jakarta, 2 Januari 2025

Pihak Kedua,

Pihak Pertama



dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP.197106262000031002

dr. I Wayan Sudana, M.Kes
NIP. 196504091995091001

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

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Program Organisasi

Dengan telah berakhirnya periode triwulan 2 tahun 2025, maka dilakukan evaluasi terhadap pencapaian indikator yang telah ditetapkan dalam perjanjian Kinerja Direktur Utama RS Ngoerah. Adapun hasil capaian Kinerja program adalah sebagai berikut :

No	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja		Target 2025	Capaian Triwulan 2	Keterangan
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Baik (76.61%-88.3%)		Belum saatnya diukur
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2	Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	50%		Belum saatnya diukur
3	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	2%	0,52%	Tidak tercapai
		4	Training Effectiveness Index (TEI)	70%	82,74%	Tercapai
4	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	5	Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	25%	80 %	Tercapai
5	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	6	Skor Blu Maturity Rating	Level 3		Belum saatnya diukur
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%	82,9%	Tercapai
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8	Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates	<1.0‰ for all infections	0,146 ‰	Tercapai
		9	Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	80%	66,67%	Tidak tercapai

8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	10	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	25%	19,65%	Tidak tercapai
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	Puas (76.61%-88.3%)		Belum saatnya diukur
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	12	EBITDA margin (Persentase terhadap pendapatan operasional netto)	10%	10,41%	Tercapai
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai kinerja penganggaran	80,1%		Belum saatnya diukur
		14	Realisasi Anggaran	95%		Belum saatnya diukur

Berdasarkan pemantauan dan waktu pengumpulan data untuk seluruh indikator kinerja tahun 2025 ini terdiri dari 6 indikator yang dipantau tahunan dan 8 indikator yang dipantau setiap bulan dengan rincian sebagai berikut:

- 6 indikator baru dapat diukur di akhir tahun yaitu CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan), Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target, Skor Blu Maturity Rating, Skor Tingkat Kepuasan Pegawai, Nilai kinerja penganggaran dan Realisasi Anggaran. Dengan demikian analisa dan evaluasi baru dapat dilaporkan pada laporan kinerja tahunan.
- 5 indikator kinerja utama telah mencapai target, yaitu EBITDA margin (Persentase terhadap pendapatan operasional netto), Healthcare Associated Infections (HAIs) Rates, *Bed Occupancy Rate (BOR)*, Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan dan Training Effectiveness Index (TEI)
- 3 indikator belum mencapai target yaitu : Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, persentase pendapatan non- JKN terhadap pendapatan



Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya pusat pendidikan , pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan= Rp. 38.306.439.999
Realisasi Anggaran	Rp. 28.277.620.668,00 (73,82% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Gambaran kegiatan pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian (CRU – Central Research Unit atau Unit Penelitian Terpadu) biasanya mencakup seluruh aktivitas yang menghasilkan dana atau pemasukan sebagai hasil dari pelaksanaan kegiatan penelitian. Adapun beberapa sumber pendapatan bagi Unit penelitian adalah : • Dana Hibah Eksternal Pendapatan yang diperoleh dari lembaga pemerintah (seperti Kementerian, LIPI/BRIN), swasta, atau lembaga donor internasional melalui kompetisi hibah penelitian. • Penelitian Kerja Sama Industri Pendapatan dari kontrak penelitian yang dilakukan bersama perusahaan atau mitra industri untuk pengembangan produk, teknologi, atau layanan. • Jasa Konsultasi dan Pelatihan Honorarium atau fee dari jasa keahlian atau pelatihan berbasis hasil penelitian yang diberikan kepada pihak luar. • Hak Kekayaan Intelektual (HKI) Royalti dari paten, hak cipta, atau lisensi komersialisasi hasil penelitian. • Penjualan Produk Hasil Penelitian Termasuk produk fisik, prototipe, buku, modul, atau software yang dijual kepada publik atau institusi.
Permasalahan	Adapun kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator adalah sebagai berikut : 1. Sistem CRU belum terbentuk dengan baik 2. Tarif penelitian perlu perbaikan untuk menyesuaikan dengan kondisi saat ini
Tindak Lanjut yang telah dilaksanakan	Adapun kegiatan yang telah dilaksanakan untuk permasalahan tersebut yaitu : 1. Melakukan penyusunan pedoman dengan Prodia, penyusunan SPO dan dokumen pendukung CRU 2. Melakukan pengajuan revisi tarif penelitian

Sasaran 3. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan

Indikator 4. Training Effectiveness Index (TEI)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan																						
● Training Effectiveness Index (TEI) mengukur 2 aspek: A. Kuantitas i. Jumlah tenaga kesehatan yang telah menyelesaikan pelatihan B. Kualitas i. Kepuasan rata-rata tenaga kesehatan yang dilatih (melalui metode survei) ii. Skor post-test pelatihan ● Pelatihan yang dimaksud adalah pelatihan sertifikasi profesi tambahan untuk peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dalam layanan klinis yang diadakan baik oleh rumah sakit ataupun pihak luar ● Penyelenggaraan pelatihan difasilitasi baik dari pihak internal maupun eksternal ● Perhitungan hasil akhir berdasarkan rata-rata skor TEI dari seluruh pelatihan yang diadakan		Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian – Instalasi Pendidikan dan Pelatihan – PIC Data dan Informasi : DR. Ns. Putu Sudarmika, S.Kep, M.Pd Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/19VWtXdBc1aKNWeNHTktS5zBfVQP3oQpYMDsVgvyVF5A/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet																						
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Triwulan 2 Tahun 2025																					
n/a	n/a	70%	84,14%																					
Grafik Capaian Triwulan 2 Tahun 2025		IK21. Training Effectiveness Index (TEI) <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Target (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>82.4%</td><td>70.00%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>80.9%</td><td>70.00%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>80.2%</td><td>70.00%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>81.4%</td><td>70.00%</td></tr><tr><td>May</td><td>86.8%</td><td>70.00%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>84.2%</td><td>70.00%</td></tr></tbody></table>		Bulan	Capaian (%)	Target (%)	Jan	82.4%	70.00%	Feb	80.9%	70.00%	Mar	80.2%	70.00%	Apr	81.4%	70.00%	May	86.8%	70.00%	Jun	84.2%	70.00%
Bulan	Capaian (%)	Target (%)																						
Jan	82.4%	70.00%																						
Feb	80.9%	70.00%																						
Mar	80.2%	70.00%																						
Apr	81.4%	70.00%																						
May	86.8%	70.00%																						
Jun	84.2%	70.00%																						

Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Training Effectiveness Index (TEI) pada Triwulan II adalah 84,14%, meningkat sekitar 2,84% dari capaian pada triwulan I. Rata-rata capaian indikator TEI selama semester 1 adalah 82,74% , telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 70%.
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan= Rp. 38.306.439.999
Realisasi Anggaran	Rp. 28.277.620.668,00 (73,82% dari rencana anggaran sasaran)
Gambaran Kegiatan	Kegiatan TEI (Teaching Effectiveness Indicator) di RS berkaitan dengan evaluasi efektivitas pengajaran klinis dan akademik, terutama dalam konteks pendidikan tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, residen, dan mahasiswa kedokteran.
Permasalahan	Permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam upaya pencapaian indikator ini yaitu beberapa fasilitas seperti kamar mandi dan parkir belum maksimal
Tindak Lanjut	Beberapa tindak lanjut yang telah dilaksanakan dalam upaya meningkatkan capaian indikator ini yaitu : 1. Melaksanakan pelatihan sesuai dengan Kurikulum sehingga peserta mendapatkan pelatihan yang terjaga untuk mutu dan kualitasnya, 2. Mengajukan perbaikan untuk fasilitas pelatihan yang fungsinya belum maksimal 3. Meningkatkan Fasilitas Pelatihan untuk meningkatkan kepuasan peserta pelatihan 4. Melaksanakan Pelatihan sesuai dengan Ketentuan pada Kurikulum pelatihan untuk mempertahankan mutu pelatihan yang diselenggarakan

Sasaran 4. Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal

Indikator 5. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
1. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yang mencakup: A. Persentase integrasi RME ke SatuSehat (W: 20%)	Direktorat Layanan Operasional – Instalasi SIMRS PIC Data dan Informasi : Gde Indra Prayogi, S.T Matrik Kertas Kerja :

B. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pcQkpT2-IE8qxRLo77QNcWdG12ImiOf9HQUc496w0ZU/edit?gid=0#gid=0																																								
C. Persentase integrasi sistem inventory (Obat dan BMHP) dengan RME : (W: 20%)		Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet																																								
D. Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS : (W: 20%)																																										
E. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS: (W: 20%)																																										
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Triwulan 2 Tahun 2025																																							
n/a	n/a	25%	80%																																							
Grafik Capaian	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (Nilai IHS)</th><th>Target (Nilai IHS)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Feb</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Mar</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Apr</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>May</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Jun</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Jul</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Aug</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Sep</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Oct</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Nov</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr><tr><td>Dec</td><td>0.80</td><td>0.75</td></tr></tbody></table>			Bulan	Capaian (Nilai IHS)	Target (Nilai IHS)	Jan	0.80	0.75	Feb	0.80	0.75	Mar	0.80	0.75	Apr	0.80	0.75	May	0.80	0.75	Jun	0.80	0.75	Jul	0.80	0.75	Aug	0.80	0.75	Sep	0.80	0.75	Oct	0.80	0.75	Nov	0.80	0.75	Dec	0.80	0.75
Bulan	Capaian (Nilai IHS)	Target (Nilai IHS)																																								
Jan	0.80	0.75																																								
Feb	0.80	0.75																																								
Mar	0.80	0.75																																								
Apr	0.80	0.75																																								
May	0.80	0.75																																								
Jun	0.80	0.75																																								
Jul	0.80	0.75																																								
Aug	0.80	0.75																																								
Sep	0.80	0.75																																								
Oct	0.80	0.75																																								
Nov	0.80	0.75																																								
Dec	0.80	0.75																																								
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan pada akhir TW II tahun 2025 telah mencapai 80%. Sistem IHS merupakan proses berkelanjutan dari sistem SIMARS ke SIMETRIS.																																									
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang handal = Rp. 72.350.437.939																																									
Realisasi Anggaran	Rp. 28.566.170.214,00 (39,38% dari rencana anggaran sasaran)																																									
Gambaran Kegiatan	Gambaran kegiatan penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi yaitu dengan tujuan : 1. Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan terupdate di dalam SatuSehat 2. Sistem inventory terintegrasi dengan EMR dan e-Prescription untuk kebutuhan pemakaian dan ketersediaan Obat dan BMHP;																																									

	Sistem inventory dapat monitoring ketersediaan dan penggunaan Obat dan BMHP berdasarkan jenis, jumlah dan expiry date sesuai dengan metode masing-masing RS (FIFO atau FEFO) 3. Sistem HAIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan 4. Sistem finance terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP
Permasalahan	Sistem finance belum dapat terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP
Tindak Lanjut	Kegiatan yang telah dilaksanakan untuk permasalahan tersebut di atas adalah mengajukan usul Pengembangan modul <i>back Office</i> SIMETRIS terkait 12 indikator keuangan berbasis SAK dan SAP

Sasaran 6. Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien
Indikator 7. Bed Occupancy Rate (BOR)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
BOR adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu (Depkes RI. 2005, Kementerian Kesehatan 2011).		Direktorat Medik dan Keperawatan PIC Data dan Informasi : Ns. I Gede Made Arnata,SST, S.Kep, MARS Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MWKymtS9MA5KM6ImxBzyyraTk7RHlxxmAHdfScwd6M0/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Triwulan 2 Tahun 2025
Kemkes RI (Permenkes No. 47 Tahun 2021) 60% – 85% WHO (80% - 85%)	n/a	70%	83,0%

Grafik Capaian Triwulan II Tahun 2025	IK41. Bed Occupancy Rate <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>85.0%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>89.2%</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>87.8%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>80.4%</td> </tr> <tr> <td>May</td> <td>83.9%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>84.7%</td> </tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Jan	85.0%	Feb	89.2%	Mar	87.8%	Apr	80.4%	May	83.9%	Jun	84.7%
Bulan	Capaian (%)														
Jan	85.0%														
Feb	89.2%														
Mar	87.8%														
Apr	80.4%														
May	83.9%														
Jun	84.7%														
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator kinerja Bed Occupancy Rate (BOR) pada triwulan 2 tahun 2025 telah melampaui target yang ditetapkan, yaitu 87,3% dari target 70%). Rata-rata BOR dalam semester 1 adalah 82,9%														
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien = Rp. 155.897.781.365														
Realisasi Anggaran	Rp. 53.509.482.053,00 (34,32% dari rencana anggaran sasaran)														
Gambaran Kegiatan	Gambaran kegiatan pemenuhan BOR (Bed Occupancy Rate) di rumah sakit mencakup berbagai strategi dan aktivitas yang bertujuan untuk menjaga tingkat hunian tempat tidur rawat inap tetap berada pada rentang ideal (60–85%), sesuai standar Kementerian Kesehatan dan WHO. BOR yang terlalu rendah menunjukkan inefisiensi layanan, sementara BOR terlalu tinggi bisa mengindikasikan kelebihan beban dan risiko mutu pelayanan menurun.														
Permasalahan	Beberapa ruang masih menunjukkan BOR tinggi secara berlebih seperti Gardenia 127%, Bougenville 126%														
Tindak Lanjut	Berdasarkan permasalahan tersebut telah dilakukan beberapa kegiatan yaitu: - Memperkuat discharge planning harian dan koordinasi antar unit - Menelusuri penyebab crowded - Melakukan pengaturan dan pengaktifan ruang sela														

Sasaran 7. Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten

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

Definisi Operasional	Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan
Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:	Direktorat Layanan Operasional – Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Pengendalian Resistensi Antimikroba

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		PIC Data dan Informasi : Ns. I Komang Widarma Atmaja, S.Kep, M.Kes Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Ou76PoXOlxoAVVnzmOp351rTcgbE6g0Q9NACW-bW1jI/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Tw 2 Tahun 2025
n/a	n/a	<1.0‰	0,146‰

Grafik Capaian Triwulan II tahun 2025	IK51. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates <table><thead><tr><th>Indikator</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th></tr></thead><tbody><tr><td>HAI rates</td><td>0.050</td><td>0.045</td><td>0.083</td><td>0.091</td><td>0.214</td><td>0.131</td></tr></tbody></table>	Indikator	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	HAI rates	0.050	0.045	0.083	0.091	0.214	0.131
Indikator	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun									
HAI rates	0.050	0.045	0.083	0.091	0.214	0.131									
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian indikator kinerja persentase <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates pada triwulan 2 tahun 2025 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 0,146‰ dari target <1‰. Apabila dibandingkan dengan capaian triwulan I sebesar 0,059‰ , Tampak peningkatan kejadian HAIS pada bulan Mei 2025, namun secara kumulatif capaian ini menunjukkan bahwa jumlah insiden untuk 4 poin infeksi yang dipantau yaitu CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI masih berada dibawah angka 1‰ Rata-rata capaian semester 1 adalah 0,102‰														
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten = Rp. 67.518.994.749														
Realisasi Anggaran	Rp. 53.270.504.970,00 (78,90% dari rencana anggaran sasaran)														
Gambaran Kegiatan	Gambaran kegiatan HAIs (Healthcare-Associated Infections) dalam program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) di rumah sakit														

	mencakup upaya sistematis untuk mencegah dan menurunkan kejadian infeksi yang diperoleh pasien selama perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini menjadi bagian penting dari program mutu rumah sakit dan wajib dilaksanakan sesuai regulasi Kementerian Kesehatan (Permenkes No. 27 Tahun 2017 dan standar akreditasi rumah sakit).
Permasalahan	Belum ditemukan permasalahan dan kendala yang dihadapi dalam upaya pemenuhan target indikator ini.
Tindak Lanjut	Melanjutkan program dengan kegiatan audit dan surveilans HAIS secara berkala.

Sasaran 7. Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten

Indikator 8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai (Sesuai Layanan Unggulan Yang Dipilih RS)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan	
Indikator persentase standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh RS. Indikator yang dipilih adalah : 1. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (target ≥80%) 2. "Door to Balloon" Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI (target ≥80%) Persentase standar klinis yang tercapai = (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang diukur RS) x 100%		Direktorat Medik dan Keperawatan – KSM Neurologi dan Pelayanan Jantung Terpadu PIC Data dan Informasi : - dr. I Wayan Widyantara, M. Biomed Sp.S (K) (KSM Neurologi) - Ns. Ni Luh Sukadani, S.Kep (PJT) Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/15qUxm4Mc_Ji5ib8KZsuBuHQUnQN4kKV0hWNJsRazsM/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet	
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Tw 2 Tahun 2025
n/a	n/a	80%	67%

Grafik Capaian Triwulan II tahun 2025	Persentase Standar Klinis yang Tercapai (Stroke dan Jantung) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase standar Klinis yang tercapai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Feb</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Mar</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Apr</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>May</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Jun</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase standar Klinis yang tercapai	Jan	100%	Feb	50%	Mar	50%	Apr	50%	May	100%	Jun	50%
Bulan	Persentase standar Klinis yang tercapai														
Jan	100%														
Feb	50%														
Mar	50%														
Apr	50%														
May	100%														
Jun	50%														
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi pada triwulan 2 2025, capaian indikator persentase Standar Klinis yang Tercapai yang terpilih yaitu : 1. (Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras $\leq$ 30 Menit dengan rerata capaian 100% (Tercapai) 2. "Door to Balloon" Time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI) dengan rerata capaian 73,3% (Tidak tercapai), sehingga : Pada grafik digambarkan bahwa pada triwulan 2, dari 2 indikator klinis yang terpilih terdapat 1 indikator yang tidak tercapai pada bulan April dan Juni 2025, dengan rerata capaian 67% yaitu indikator "Door To Balloon". Apabila dibandingkan dengan capaian triwulan 1 yaitu 67%, capaian pada triwulan 2 tahun 2025 masih sama yaitu 67% dan belum mencapai target yang telah ditetapkan (80%). Capaian rata-rata selama semester 1 adalah 67%														
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten= Rp. 67.518.994.749														
Realisasi Anggaran	Rp. 41.692.300.864,00 (61,75% dari rencana anggaran sasaran)														
Gambaran Kegiatan	- Indikator "Door To Balloon" Time $\leq$ 90 Menit Pada Kasus STEMI adalah waktu yang diperlukan dari saat pasien masuk ke pintu IGD hingga device melalui lesi penyebab utama pada pasien Sindrom Koroner Akut dengan ST Elevasi. Waktu Door to Balloon yang ditargetkan oleh RS adalah $\leq$90 menit. Kegiatan layanan yang dilakukan adalah : 1. Evaluasi cepat di IGD 2. Aktivasi Tim jantung Koroner 3. Pemberian obat trombolitik (jika perlu) 4. Transfer cepat ke unit Kateterisasi Jantung 5. Prosedur kateterisasi jantung - Indikator Klinis Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras $\leq$ 30 Menit ini bertujuan untuk mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan														

	kepada pasien, khususnya penanganan Pasien Stroke Hiperakut sesuai standar
Permasalahan	Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk Capaian indikator klinis adalah tidak tercapainya indikator “Door to Balloon” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI. Keterlambatan Prosedur kateterisasi jantung hingga mencapai >90 menit disebabkan karena Ruang cathlab sedang terpakai tindakan emergency lainnya. Untuk indikator klinis Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) harus dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit, belum ada permasalahan yang spesifik.
Tindak Lanjut	Untuk mengatasi permasalahan tidak tercapainya indikator “Door to Balloon” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI adalah dengan mengusulkan pengadaan ruangan cath lab, fasilitas pendukung, dan penambahan tim kateterisasi.

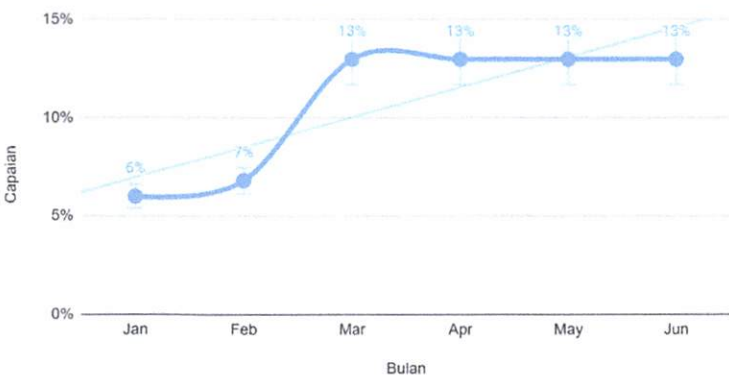
Sasaran 8. Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan
Indikator 10. Persentase Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan																						
Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan 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 berasal dari BPJS Kesehatan dihitung menjadi pendapatan non JKN.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan PIC Data dan Informasi : Luh Putu Eka Parwati, SE, M.M Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/1lymdeHdaVST6O1Z_QTf2Xij0ndNWAb5qXgtPCPfm_8/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet																						
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Triwulan 2 Tahun 2025																					
n/a	14,86%	25%	19,65%																					
Grafik Capaian Triwulan II tahun 2025	IKT7. Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Target (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>15%</td><td>25%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>17%</td><td>25%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>16%</td><td>25%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>18%</td><td>25%</td></tr><tr><td>May</td><td>17%</td><td>25%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>24%</td><td>25%</td></tr></tbody></table>			Bulan	Capaian (%)	Target (%)	Jan	15%	25%	Feb	17%	25%	Mar	16%	25%	Apr	18%	25%	May	17%	25%	Jun	24%	25%
Bulan	Capaian (%)	Target (%)																						
Jan	15%	25%																						
Feb	17%	25%																						
Mar	16%	25%																						
Apr	18%	25%																						
May	17%	25%																						
Jun	24%	25%																						

Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator Persentase Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS pada triwulan 2 Tahun 2025 belum mencapai target yang ditetapkan (19,63% dari target 25%). Namun capaian ini mengalami sedikit peningkatan apabila dibandingkan dengan capaian triwulan 1 tahun 2025 (16%). Rata-rata capaian indikator selama semester 1 adalah 19, 65 %
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan = Rp. 70.840.744.083
Realisasi Anggaran	Rp. 54.027.850.410,00 (76,27% dari rencana anggaran)
Gambaran Kegiatan	Pendapatan non-JKN mencakup semua pemasukan yang diperoleh rumah sakit selain dari klaim atau pembayaran BPJS Kesehatan, seperti: • Pasien umum (tunai atau asuransi swasta) • Asuransi kesehatan komersial (selain BPJS) • Pelayanan eksekutif atau VIP atau Unit Bisnis • Kegiatan penunjang medis (laboratorium, radiologi, MCU, farmasi untuk umum) • Sewa ruangan dan kerja sama operasional (KSO) • Jasa layanan tambahan (parkir, kantin, laundry, dsb) Berdasarkan target PNBK tahun 2025 sebesar Rp. 1.240.000.000.000, maka target pendapatan per bulan > 30% yaitu sebesar Rp. 31.000.000.000 Indicator Pendapatan non JKN ini merupakan indicator composite karena mengakumulasi pendapatan dari beberapa unit kerja/bisnis
Permasalahan	Pendapatan yang dihasilkan oleh Instalasi dan Unit Bisnis belum optimal. Diperlukan Inovasi dan strategi pemasaran untuk meningkatkan pendapatan, khususnya dari pasien non JKN
Tindak Lanjut	Telah dilakukan kegiatan strategis dengan rapat rutin triwulanan dengan Tema Optimalisasi Layanan Eksekutif Non JKN yang diikuti oleh semua unit kerja/instalasi. Link kegiatan Optimalisasi Layanan eksekutif non JKN adalah sebagai berikut. https://drive.google.com/drive/folders/1aCB0LpG8U8EcQ7hRVaBOZxo-fjTLLS6G

Sasaran 8. Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal

Indikator 12. EBITDA margin (Persentase terhadap Pendapatan Operasional Netto)

Definisi Operasional		Hirarki Penanggung Jawab Kegiatan															
Perbandingan antara surplus/defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha atau pelayanan RSV dengan Pendapatan usaha. Pendapatan usaha yaitu dari usaha/upaya layanan operasional. Total beban operasionalnya tidak termasuk beban remunerasi kinerja Direksi dan Deras bulan berjalan.		Seluruh Direktorat – Direktorat Perencanaan dan Keuangan PIC Data dan Informasi : I Gusti Ayu Agung Ratna Dewi, S.E.,M.Si Matrik Kertas Kerja : https://docs.google.com/spreadsheets/d/116yeQu-CBiSYUtPwo5E7LWkNcOPHsuxh--ppfjBUsig/edit?gid=0#gid=0 Otorisasi Data : Gmail Spreadsheet															
Standar (Nas/Inter)	Capaian Tahun 2024	Target Tahun 2025	Capaian Triwulan 2 Tahun 2025														
n/a	6%	≥10%	13%														
Grafik Capaian Triwulan II tahun 2025		3. Earning Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (EBITDA) Margin  <table><caption>Data for EBITDA Margin Graph</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>6%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>7%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>13%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>13%</td></tr><tr><td>May</td><td>13%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>13%</td></tr></tbody></table>		Bulan	Capaian (%)	Jan	6%	Feb	7%	Mar	13%	Apr	13%	May	13%	Jun	13%
Bulan	Capaian (%)																
Jan	6%																
Feb	7%																
Mar	13%																
Apr	13%																
May	13%																
Jun	13%																
Interpretasi	Berdasarkan hasil evaluasi, capaian Indikator EBITDA margin (Persentase terhadap Pendapatan Operasional Netto) pada triwulan II Tahun 2025 sebesar 13% .Apabila dibandingkan dengan capaian triwulan I tahun 2025 sebesar 9%, terjadi peningkatan sebesar 22,2%. Rata-rata capaian indikator EBITDA margin semester 1 tahun 2025 adalah 11%, telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 10%																
Rencana Anggaran	Sasaran terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal = Rp. 72.774.925.806																
Realisasi Anggaran	Rp. 28.283.518.102,00 (38,86% dari rencana anggaran)																
Gambaran Kegiatan	EBITDA merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah																

	sakit. Nilai EBITDA diperoleh dari penambahan surplus atau defisit, bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. Sebagai PIC pengumpul data dalam indikator ini adalah tim kerja Akutansi, namun terkait keberhasilan indikator ini dalam mencapai target menjadi tanggung jawab seluruh manajemen dan unit terkait.
Permasalahan	Adapun permasalahan untuk nilai EBITDA adalah 1. Tingginya beban operasional RS khususnya belanja Farmasi dan belanja pegawai . 2. Pendapatan operasional belum dapat mengimbangi tingginya beban operasional, sehingga perlu inovasi/pengembangan layanan untuk meningkatkan pendapatan operasional.
Tindak Lanjut	Terkait kendala dan permasalahan di atas, telah dilakukan audit terhadap beban farmasi yang cenderung meningkat dan pelaksanaan monev rutin per triwulan terkait peningkatan pendapatan non JKN

6. Realisasi Anggaran

Adapun realisasi anggaran masing masing sasaran program kinerja tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel III.2 Realisasi Anggaran Kinerja Triwulan II Tahun 2025 RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2025

No.	SASARAN PROGRAM	Indikator	ANGGARAN	REALISASI	PERSENTASE	SISA PAGU/EFISIENSI
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	CSAT (Skor Kepuasan pelanggan)	327.598.524.140	54.339.051.664,00	16,59	273.259.472.475,79
2	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	Persentase pencapaian Lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target	127.387.158.606	39.602.237.778,00	31,09	87.784.920.828,46
3	Terwujudnya pusat pendidikan , pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	38.306.439.999	28.277.620.668,00	73,82	10.028.819.331,00
		Training Effectiveness Index (TEI)	38.306.439.999	28.277.620.668,00	73,82	10.028.819.331,00
4	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi kesehatan yang handal	Persentase penerapan sistem informasi rumah sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	72.350.437.939	28.566.170.214,00	39,48	43.784.267.725,45
5	Terwujudnya Tata Kelola yang bersih dan akuntabel	Skor Blu Maturity Rating	72.200.688.615	28.434.032.752,00	39,38	43.766.655.863,31
6	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	Bed Occupancy Rate (BOR)	155.897.781.365	53.509.482.053,00	34,32	102.388.299.312,31
7	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Healthcare Associated Infections (HAI) Rates	67.518.994.749	53.270.504.970,00	78,90	14.248.489.779,00
		Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	67.518.994.749	41.692.300.864,00	61,75	25.826.693.885,00
8	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	70.840.744.083	54.027.850.410,00	76,27	16.812.893.673,31
9	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber - Akhlak	Skor Tingkat Kepuasan pegawai	75.608.304.332	28.632.165.824,00	37,87	46.976.138.507,98
10	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	EBITDA margin (Persentase terhadap pendapatan operasional (netto))	72.774.925.806	28.283.518.102,00	38,86	44.491.407.704,12
11	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	Nilai kinerja penganggaran	35.145.540.308	53.625.050.126,00	152,58 -	18.479.509.818,00
		Realisasi Anggaran	35.145.540.308	40.148.246.458,00	114,23 -	5.002.706.150,00
	JUMLAH		1.256.600.515.000	560.685.852.551,00	44,62	695.914.662.448,73

Berdasarkan tabel III.2 di atas, anggaran awal untuk program kinerja RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah TA 2025 adalah sebesar Rp. 1.256.600.515.000 dengan 11 (sebelas) sasaran program yang memiliki nilai anggaran masing - masing. Anggaran paling besar berada pada sasaran program Terwujudnya layanan terbaik level Asia, dengan nilai Rp. 327.598.524.140. Anggaran paling kecil berada pada sasaran program Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya dengan nilai Rp. 35.145.540.308. Secara umum realisasi anggaran pada triwulan II tahun 2025 ini telah terserap sebesar 44,62% (Rp. 560.685.852.551,00) dengan sisa pagu sampai akhir tahun sebesar Rp. 695.914.662.448,73.

7. Kondisi SDM pada Triwulan 2 Tahun 2025

Count of Kelompok	Column Labels ▾												
	- KEMENKES									- DIKTI			
				TENAGA	TENAGA						TENAGA		PENGABDI
Row Labels ▾	PNS	CPNS	PPPK	TETAP	TIDAK TETAP	MITRA	PKWT	PTT WAC	PNS	TETAP	MITRA	AKADEMIK	
MEDIS	220	18	14	7	7	12		6	66	1	10	5	366
KEPERAWATAN	684	47	232	91	100		159						1313
PENUNJANG MEDIS	249	19	67	30	45		6	5					421
NON MEDIS	388	8	15	386	26	1	24	15					863
Grand Total	1541	92	328	514	178	13	189	26	66	1	10	5	2963

Tabel III.3 Kondisi Ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Triwulan 2 Tahun 2025

Berdasarkan tabel kondisi ketenagaan RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pada Triwulan 2 2025 adalah sebanyak 2963, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Dikti. Tenaga Kemenkes berjumlah 2881, dengan jenis tenaga PNS 1541 orang, tenaga CPNS 92 orang, PPPK 328 orang, tenaga tetap 514 orang, tenaga tidak tetap 178 orang, tenaga mitra 13 orang, tenaga PKWT sebanyak 189 orang dan tenaga PTT WAC sebanyak 26 orang. Untuk Tenaga Dikti terdiri dari PNS 66 orang, tenaga tetap 1 orang, tenaga mitra 10 orang dan tenaga pengabdian akademik sebanyak 5 orang. Berdasarkan profesi ketenagaan, dari 2963 orang terdapat 366 tenaga medis, tenaga keperawatan 1313 orang, tenaga penunjang 421 orang dan tenaga non medis 863 orang.

BAB IV PENUTUP

A. Simpulan

RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah telah melaksanakan kewajiban untuk menyelenggarakan kegiatan organisasi mulai dari Perencanaan sampai dengan Evaluasi Program secara berkala, berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 Tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, secara umum hasil evaluasi program strategis tahunan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Keseluruhan sasaran program yang dipantau adalah 11 sasaran, dengan 14 indikator kinerja utama. Dari 14 Indikator Kinerja Utama, pada Triwulan II Tahun 2025 terdapat 5 Indikator sudah mencapai Target (35,72%), 3 Indikator yang belum mencapai target (21,43%) dan 6 indikator belum saatnya dilakukan pengukuran (42,85%).
2. Indikator yang belum mencapai target pada Triwulan II tahun 2025 ini adalah :
 - a. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian, baru mencapai 0,46% dari target sebesar 2% / tahun.
 - b. Persentase Standar Klinis yang Tercapai ("Door to Balloon" Time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI dan RS), baru mencapai 66,67% dari target 80%.
 - c. Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, baru mencapai 19,65% dari target 25%.
3. Realisasi anggaran pada triwulan II tahun 2025 ini telah terserap sebesar 44,62% (Rp.560.685.852.551,00) dengan sisa pagu sampai akhir tahun sebesar Rp.695.914.662.448,73.
4. Jumlah keseluruhan tenaga RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah pada Triwulan 2 2025 adalah sebanyak 2963, yang terdiri dari Tenaga BLU dan Tenaga Dikti. Tenaga Kemenkes berjumlah 2881, dengan jenis tenaga PNS 1541 orang, tenaga CPNS 92 orang, PPPK 328 orang, tenaga tetap 514 orang, tenaga tidak tetap 178 orang, tenaga mitra 13 orang, tenaga PKWT sebanyak 189 orang dan tenaga PTT di unit NSWAC sebanyak 26 orang. Untuk Tenaga Dikti terdiri dari PNS 66 orang, tenaga tetap 1 orang, tenaga mitra 10 orang dan tenaga pengabdian akademik sebanyak 5 orang. Berdasarkan profesi

ketenagaan, dari 2963 orang terdapat 366 tenaga medis, tenaga keperawatan 1313 orang, tenaga penunjang 421 orang dan tenaga non medis 863 orang.

B. Rekomendasi

Berdasarkan analisa terhadap indikator yang belum mencapai target di triwulan 2 tahun 2025 dan tindak lanjut yang telah dilakukan oleh unit terkait, maka direkomendasikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Terkait Indikator Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian (CRU) sebesar 2% dari pendapatan operasional, kegiatan strategis yang direkomendasikan adalah:
 - a. Diversifikasi sumber pendapatan berbasis CRU, misalnya dengan e-learning, platform data atau software berbasis keahlian.
 - b. Membangun kemitraan strategis dengan sektor swasta, BUMN, maupun lembaga internasional untuk proyek-proyek *joint venture*.
 - c. Optimalisasi peluang pendanaan dari LPDP, BRIN, Kemenkes, Bappenas, dan sponsor luar negeri.
2. Indikator Persentase Standar Klinis masih dibawah target karena salah satu Layanan Unggulan yang dipilih RS yaitu *Door to Baloon* time <90 menit pada kasus STEMI belum mencapai target pencapaian. Kegiatan strategis yang direkomendasikan adalah:
 - a. Penguatan usulan pengadaan alat Cathlab terkait layout ruangan dan kebutuhan sarana penunjang
 - b. Penyiapan SDM untuk penambahan tim kateterisasi.
3. Indikator Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS, untuk pencapaian indikator ini, khususnya di TW 3 tahun 2025, diperlukan kegiatan strategis yang bersifat kolaborasi lintas direktorat:
 - a. Direktorat layanan Operasional :
 1. Meningkatkan kegiatan promosi dan pemasaran layanan non JKN
 2. Penyiapan fasilitas, sarana dan prasarana sesuai kebutuhan
 - b. Direktorat Pelayanan Medik :
 1. Pengembangan dan perluasan layanan non JKN
 2. Memastikan keberadaan tenaga medis pada layanan eksekutif

3. Memberdayakan dokter mitra/tamu/klien yang berpotensi membawa pasien ke RS
- c. Direktorat SDM Pendidikan dan pelatihan :
1. Penyiapan SDM yang memadai dan kompeten pada unit layanan non JKN
 2. Kerjasama dengan institusi penelitian baik di dalam negeri maupun luar negeri dengan prinsip saling menguntungkan & memberi dampak bagi peningkatan pelayanan & revenue
 3. Kerjasama dengan institusi pendidikan dengan prinsip saling menguntungkan sebagai fungsi RS Pendidikan
- d. Direktorat Perencanaan dan Keuangan :
1. Pemetaan terhadap target pendapatan untuk tiap Instalasi penghasil dan Unit Bisnis.
 2. Monitoring dan evaluasi pendapatan non JKN
 3. Mengoptimalkan kemudahan pembayaran pasien non JKN

REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA

NO	SASARAN/ PROGRAM	INDIKATOR	PENYEBAB TIDAK TERCAPAI	USULAN KEGIATAN STRATEGIS	REKOMENDASI DIREKTUR UTAMA
1.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	Sistem CRU belum berfungsi secara optimal	a. Diversifikasi sumber pendapatan berbasis CRU, misalnya dengan e-learning, platform data atau software berbasis keahlian. b. Membangun kemitraan strategis dengan sektor swasta, BUMN, maupun lembaga internasional untuk proyek-proyek joint venture. c. Optimalisasi peluang pendanaan dari LPDP, BRIN, Kemenkes, Bappenas, dan donor luar negeri.	Yth. SDM, Pendidikan dan Penelitian: Mohon dilaksanakan langkah-langkah strategis pencapaian indikator ini.
2.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	Persentase standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	1. Permasalahan dan kendala yang dihadapi untuk indikator klinis "Door to Balloon" Time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI. Adalah karena keterbatasan Ruang cathlab. 2. Untuk indikator klinis Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam)	a. Penguatan usulan alat cathlab baru dengan penyiapan layout, sarana dan parsarana. b. penambahan tim kateterisasi khususnya untuk pencapaian indikator "door to balloon" time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI.	Yth. Direktur Medik dan Keperawatan . Mohon dilaksanakan langkah-langkah strategis pencapaian indikator ini.

			dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit, sudah tercapai sesuai target dan tidak ada permasalahan yang spesifik.		
2	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	Pendapatan yang dihasilkan oleh Instalasi dan Unit Bisnis belum optimal.	Direktorat layanan Operasional : 1. Meningkatkan kegiatan promosi dan pemasaran layanan non JKN 2. Penyiapan fasilitas, sarana dan prasarana sesuai kebutuhan Direktorat Pelayanan Medik : 1. Pengembangan dan perluasan layanan non JKN 2. Memastikan keberadaan tenaga medis pada layanan eksekutif 3. Memberdayakan dokter mitra/tamu/klien yang berpotensi membawa pasien ke RS Direktorat SDM Pendidikan dan pelatihan: 1. Penyiapan SDM yang memadai dan kompeten pada unit layanan non JKN 2. Kerjasama dengan institusi penelitian baik di dalam negeri maupun luar negeri dengan prinsip saling menguntungkan & memberi dampak bagi peningkatan pelayanan & revenue	Yth. Direktur Medik dan Keperawatan . Yth. Direktur layanan Operasional Yth. Direktur perencanaan dan Keuangan Yth. Direktur SDM, pendidikan dan Pelatihan

				3. Kerjasama dengan institusi pendidikan dengan prinsip saling menguntungkan sebagai fungsi RS Pendidikan Direktorat Perencanaan dan Keuangan : 1. Pemetaan terhadap target pendapatan untuk tiap Instalasi penghasil dan Unit Bisnis. 2. Monitoring dan evaluasi pendapatan non JKN 3. Mengoptimalkan kemudahan pembayaran pasien non JKN	<i>Mohon dilaksanakan langkah strategis pencapaian indikator ini.</i>
--	--	--	--	--	--