

Nomor : PR.05.05/D.XXVI/3812/2026

14 Juli 2026

Lampiran : 1 (satu) berkas

Hal : Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP)
RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan

Kementerian Kesehatan RI

Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav.4-9, Jakarta

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan, bersama ini kami sampaikan dokumen Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026.

Demikian surat pengantar ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Plt. Direktur Utama RSUP Surakarta,



dr. Sutanto

NIP 197102282003121003

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)

RSUP SURAKARTA

SEMESTER I 2026



 (0271) 713055

 <https://www.web.rsupsurakarta.co.id>

 Jl. Prof. DR. R. Soeharso Nomor 28 Surakarta 57144

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas karunia dan hidayah-Nya Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta dapat diselesaikan dengan baik. Laporan ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi rumah sakit, serta sebagai implementasi dari Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).

LAKIP disusun mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan. LAKIP ini memuat informasi mengenai perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, capaian kinerja, serta analisis atas keberhasilan dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit. Penyusunan LAKIP ini diharapkan dapat memberikan gambaran transparan dan akuntabel mengenai kinerja RSUP Surakarta dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan bidang kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih memerlukan penyempurnaan. Oleh karena itu, masukan dan saran sangat diharapkan sebagai bahan perbaikan dalam peningkatan kinerja dan penyusunan laporan akuntabilitas pada masa yang akan datang. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah mencurahkan tenaga dan pikiran dalam menyelesaikan LAKIP. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat sebagai bahan evaluasi dan perbaikan berkelanjutan RSUP Surakarta.

Surakarta, 10 Juli 2026

Plt. Direktur Utama RSUP Surakarta,



dr. Sutanto

NIP 197102282003121003

**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT SURAKARTA
SEMESTER I TAHUN ANGGARAN 2026**

Kami telah mereviu kinerja Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta untuk tahun anggaran 2025 sesuai dengan pedoman reviu atas laporan kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam laporan kinerja menjadi tanggung jawab manajemen RSUP Surakarta.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Surakarta, 14 Juli 2026

Kepala SPI



Moh. Firdaufan, SKM, M.Kes

NIP 196904221990031006

Dalam upaya mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) menuntut pelaksanaan kegiatan di setiap lingkungan instansi pemerintahan yang transparan, akuntabel, dan dapat dipertanggungjawabkan. Setiap pelaksanaan kegiatan di satuan kerja pemerintah, utamanya di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI harus dilaporkan secara berkala, termasuk pelaksanaan kegiatan di RSUP Surakarta.

Pengukuran terhadap berbagai indikator yang telah ditetapkan RSUP Surakarta selama semester I tahun 2026 memberikan hasil beragam. Sebagian besar indikator telah mencapai target bahkan melebihi dari target yang ditetapkan. Meskipun demikian, masih ada beberapa indikator tidak mencapai target yang telah ditetapkan di awal tahun 2026. Secara keseluruhan, pencapaian indikator kinerja yang telah ditetapkan berdasarkan Perjanjian Kinerja selama tahun 2026 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Target dan Realisasi atas Capaian Indikator Kinerja Utama Semester I 2026

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Terwujudnya Keuangan yang Andal	1. EBITDA Margin (%) Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	Cluster III: 1%	-29.00%	0%	Tidak tercapai
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 Nilai	93.80	103.49%	Tercapai
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. % Pendapatan yang Diperoleh Dari Semua Penelitian	0.5%	0.04%	8%	Tidak tercapai
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. % Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi	50%	50%	100%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
	Untuk Seluruh Layanan				
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3.68 (Level 3)	100%	Tercapai
	6. Nilai SAKIP RSUP Surakarta	83 Nilai	83	100	Tercapai
Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	7. <i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%	56.60%	80.86%	Tidak tercapai
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rate</i>	100%	100%	100%	Tercapai
	9. Pasien Stroke Iskemik LOS < 7 Hari	≥80%	98%	122.50%	Tercapai
	10. Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	≥75%	88.83%	118.44%	Tercapai
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	11. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%	20%	100%	Tercapai
	12. Skor Tingkat kepuasan pegawai	78 Nilai	82.63	105.94%	Tercapai
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi	13. <i>Training effectiveness index (TEI)</i>	73.75%	81.56%	110.59%	Tercapai
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	14. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Surakarta	92.55 Nilai	66.11	71.43%	Tidak tercapai
	15. Indeks kualitas SDM RSUP	82 Nilai	82.32	100.39%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
	Surakarta				
	16. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta	95%	100%	105.26%	Tercapai
	17. Nilai Realisasi Anggaran (Akumulasi)	96%	35.03%	36.49%	Tidak tercapai
Total Persentase Ketercapaian				1463.38%	
Rata-rata Persentase Ketercapaian				86.08%	

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

Dari 17 indikator kinerja, indikator yang mencapai target sebanyak 12 indikator dan indikator yang tidak mencapai target sebanyak 5 indikator. Persentase capaian terhadap target sebesar 86.12%.

Indikator yang belum mencapai target, yaitu:

1. EBITDA margin sebesar (-29%) (persentase ketercapaian sebesar 0%).
2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua Penelitian sebesar 0.04% (persentase ketercapaian sebesar 8%).
3. *Bed Occupancy Rate*/ BOR sebesar 56.60% (persentase ketercapaian sebesar 80.86%).
4. Nilai Kinerja Anggaran sebesar 66.11% (persentase ketercapaian sebesar 71.43%).
5. Persentase Realisasi Anggaran sebesar 35.03% (persentase ketercapaian sebesar 36.49%).

Total alokasi anggaran RSUP Surakarta tahun anggaran 2026 adalah sebesar Rp93.598.705.000,00 dengan sumber Rupiah Murni sebesar Rp25.421.592.000,00 dan BLU sebesar Rp68.177.113.000,00. Pagu efektif setelah blokir menjadi sebesar Rp93.009.843.000,00. Realisasi belanja anggaran semester I tahun 2026 sebesar Rp32.580.158.527,00 atau mencapai 35.03%.

Secara *cash basis*, pendapatan dari PNBP pada semester I tahun 2026 mencapai Rp29.332.237.456,09 atau mencapai 41.90% dari target yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00. Secara *accrual basis*, pendapatan dari PNBP pada semester I tahun 2026 mencapai Rp21.366.214.560,72 atau mencapai 30.5% dari target pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00.

KATA PENGANTAR	2
PERNYATAAN TELAH DIREVIU	3
RINGKASAN EKSEKUTIF	4
DAFTAR ISI	7
DAFTAR TABEL	9
DAFTAR GRAFIK	11
DAFTAR GAMBAR	12
BAB I. PENDAHULUAN	13
A. Latar Belakang	13
B. Maksud dan Tujuan	14
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi	14
D. Sistematika Penulisan	17
BAB II PERENCANAAN KINERJA	20
A. Program Kerja Tahun 2026	23
B. Perjanjian Kinerja	30
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	33
A. Capaian Kinerja Organisasi	33
B. Analisis Capaian Kinerja	35
1. Sasaran Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	35
2. Sasaran Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	40
3. Sasaran Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian Yang Berkesinambungan	45
4. Sasaran Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi	49
5. Sasaran Terwujudnya tata Kelola yang bersih dan akuntabel	53
6. Sasaran Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	58
7. Sasaran Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	62
8. Sasaran Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	69
9. Sasaran Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi	76
10. Sasaran Meningkatkan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	79
C. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	91
1. Sumber Daya Manusia	92
2. Sumber Daya Anggaran	92
D. SUMBER DAYA	93
1. Sumber Daya Manusia	93
2. Sumber Daya Anggaran	97
3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	97

E.	Realisasi Anggaran	98
1.	Realisasi Pelaksanaan Anggaran 2026	98
2.	Realisasi Pendapatan Tahun 2026	99
BAB IV PENUTUP		100
A.	Kesimpulan	100
B.	Rencana Tindak Lanjut	103

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Target dan Realisasi atas Capaian Indikator Kinerja Utama Semester I 2026	4
Tabel 2. Sasaran Strategis RSUP Surakarta	20
Tabel 3. Persandingan antara Misi dengan Sasaran Strategis RSUP Surakarta	21
Tabel 4. Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta Tahun 2026	30
Tabel 5. Target dan Realisasi atas Capaian Indikator Kinerja Utama Semester I tahun 2026	33
Tabel 6. Perbandingan Capaian EBITDA Margin Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	36
Tabel 7. Perbandingan Capaian EBITDA Margin	37
Tabel 8. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	41
Tabel 9. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	41
Tabel 10. Perbandingan Capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	42
Tabel 11. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	45
Tabel 12. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	46
Tabel 13. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	50
Tabel 14. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	50
Tabel 15. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	54
Tabel 16. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	54
Tabel 17. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	56
Tabel 18. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	57
Tabel 19. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	59
Tabel 20. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	59
Tabel 21. Tren BOR Tahun 2022 Sampai Semester I Tahun 2026	59
Tabel 22. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	63
Tabel 23. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	63
Tabel 24. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	65
Tabel 25. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	65
Tabel 26. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	68
Tabel 27. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	70
Tabel 28. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	70
Tabel 29. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	73
Tabel 30. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	74
Tabel 31. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	76
Tabel 32. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	77
Tabel 33. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	80
Tabel 34. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	80
Tabel 35. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	83

Tabel 36. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	86
Tabel 37. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026	88
Tabel 38. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026	88
Tabel 39. Rasio Output Layanan dengan SDM (ROLSDM)	92
Tabel 40. Pendapatan dengan SDM (PSDM)	92
Tabel 41. Perbandingan Pemanfaatan Anggaran Semester I 2026 dan Semester I 2025	93
Tabel 42. Pegawai RSUP Surakarta Berdasar Status Kepegawaian 2023-2026 (Semester I)	93
Tabel 43. Pegawai RSUP Surakarta Berdasarkan Jabatan Pada Semester I Tahun 2026	94
Tabel 44. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Golongan Pada Semester I Tahun 2026	95
Tabel 45. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Usia Pada Semester I Tahun 2026	96
Tabel 46. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Pendidikan Pada Semester I Tahun 2026	96
Tabel 47. Perkembangan Barang Milik Negara Semester I Tahun 2026	97
Tabel 48. Realisasi Anggaran RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026	98
Tabel 49. Rincian Pendapatan RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026	99
Tabel 50. Rekapitulasi Capaian IKU Semester I Tahun 2026	100

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Perbandingan Capaian EBITDA Margin _____	37
Grafik 2. Tren Perbandingan Capaian EBITDA Margin _____	37
Grafik 3. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	41
Grafik 4. Tren Perbandingan Capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT) _____	42
Grafik 5. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	46
Grafik 6. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	51
Grafik 7. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	55
Grafik 8. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	57
Grafik 9. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	59
Grafik 10. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	60
Grafik 11. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	63
Grafik 12. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	66
Grafik 13. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	70
Grafik 14. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	74
Grafik 15. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	77
Grafik 16. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	80
Grafik 17. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026 _____	89

Gambar 1. Struktur Organisasi RSUP Surakarta berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2022_____ 17

A. Latar Belakang

Sejarah berdirinya Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Surakarta diawali dengan dibentuknya BP4 Surakarta. Dalam perkembangannya, BP4 Surakarta kemudian berubah nama menjadi Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) Surakarta. Tahun 2011, BBKPM Surakarta mengalami perpindahan menjadi Unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan melalui Surat Penyerahan dari Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Nomor OT.01.01/Bl.4/274/2011 tanggal 26 Januari 2011. Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2354/MENKES/PER/XI/2011 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 532/MENKES/PER/IV/2007 meneguhkan keberadaan BBKPM Surakarta berada di bawah Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan dan secara teknis fungsional dibina oleh Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan. Seiring dengan perubahan struktur organisasi di lingkungan Kementerian/Lembaga, pada tahun 2017 terbit Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Dalam peraturan tersebut, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan berganti nama menjadi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, dengan adanya perubahan tersebut terhitung tanggal 1 Januari 2018 BBKPM Surakarta berada dibawah koordinasi dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Terbitnya Peraturan Menteri Nomor 61 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta menjadi landasan bagi perubahan status organisasi BBKPM Surakarta menjadi Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta.

Pada tahun 2020 terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 33 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Surakarta. Kemudian pada tahun 2023 terbit Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 tahun 2023 sebagai perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Peraturan tersebut menjadi dasar hukum bagi RSUP Surakarta.

Sebagai instansi pemerintah di bawah Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI, RSUP Surakarta berkewajiban untuk mempertanggung jawabkan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi. Kewajiban tersebut dijabarkan dengan menyiapkan, menyusun, dan menyampaikan laporan kinerja. Pelaporan kinerja atau LAKIP dimaksudkan untuk mengevaluasi dan mengkomunikasikan capaian kinerja RSUP

Surakarta dalam satu tahun anggaran yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan dan sasaran. LAKIP juga menjelaskan keberhasilan dan kegagalan tingkat kinerja yang dicapai sehingga kinerja ke depan dapat dilaksanakan secara lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun koordinasi pelaksanaannya. Penyusunan LAKIP RSUP Surakarta juga dimaksudkan untuk mengaplikasikan prinsip transparansi dan akuntabilitas yang merupakan pilar penting pelaksanaan pemerintahan yang baik (*good governance*).

Tahun 2026 adalah tahun kedua dari rangkaian 5 tahun pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta periode 2025-2029. Pada tahun kedua ini, harus diletakkan landasan yang kokoh dalam pelaksanaan kegiatan dan program dalam rangka mencapai visi yang ingin dicapai selama 5 tahun yaitu **Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Unggulan Kanker dan Respirasi Di Level Asia dengan Pertumbuhan Yang Berkelanjutan**. LAKIP RSUP Surakarta disusun mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan.

B. Maksud dan Tujuan

Maksud penyusunan LAKIP adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pengelolaan anggaran dan pelaksanaan program/kegiatan dalam rangka mencapai visi dan misi RSUP Surakarta.

Tujuan penyusunan LAKIP adalah menilai dan mengevaluasi pencapaian kinerja kegiatan dan sasaran RSUP Surakarta. Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan kemudian dirumuskan beberapa rekomendasi. Diharapkan rekomendasi yang dihasilkan ini dapat menjadi salah satu masukan dalam menetapkan kebijakan dan strategi untuk meningkatkan kinerja RSUP Surakarta.

C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, tugas RSUP Surakarta adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSUP Surakarta menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan rencana, program dan anggaran;
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
3. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan;
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
8. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
9. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
10. Pengelolaan sistem informasi;
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

Selain menyelenggarakan fungsi diatas, RSUP Surakarta menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum (PPK-BLU) dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Susunan organisasi RSUP Surakarta termasuk dalam tipe III yang terdiri atas:

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Direktorat Medik dan keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan nonmedis. Direktorat Medik dan keperawatan dipimpin oleh Direktur.

Direktorat Medik dan Keperawatan menyelenggarakan 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; dan
- d. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas kelompok jabatan fungsional, instalasi, dan kelompok staf medis.

2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

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

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian menyelenggarakan 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, dan evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

3. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional dipimpin oleh Direktur. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional menyelenggarakan fungsi:

- a. Penyusunan rencana, program dan, anggaran;
- b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. pelaksanaan urusan perbendaharaan;
- d. pelaksanaan anggaran;
- e. pelaksanaan urusan akuntansi;
- f. pengelolaan barang milik negara;
- g. pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- h. pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat;
- i. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- j. pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- k. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- l. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- m. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- n. pelaksanaan urusan tata usaha dan keasipan;
- o. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit, dan
- p. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

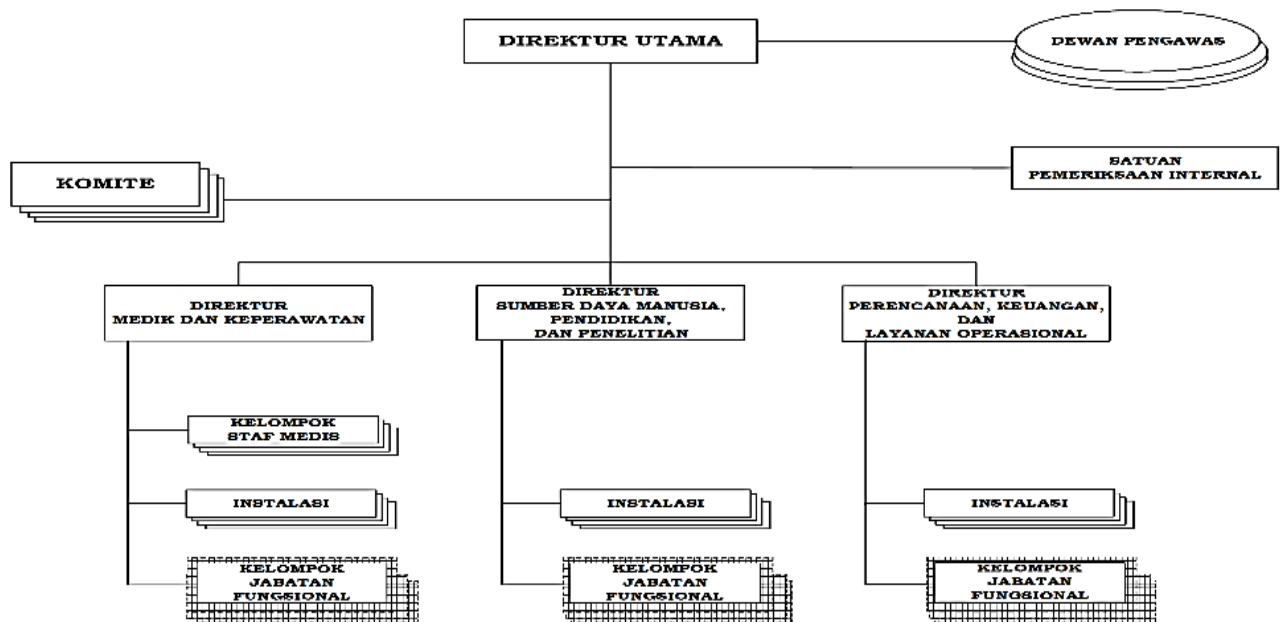
Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

4. Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUP Surakarta terdiri dari:

- a. Direktur Utama
- b. Dewan Pengawas
- c. Satuan Pemeriksaan Internal
- d. Komite
- e. Direktur Medik dan Keperawatan
- f. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- g. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional
- h. Kelompok Staf Medis
- i. Kepala Instalasi
- j. Kelompok Jabatan Fungsional

Gambar 1. Struktur Organisasi RSUP Surakarta berdasarkan Permenkes Nomor 26 Tahun 2022



Sumber Data: Permenkes Nomor 26 Tahun 2022

D. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 adalah sebagai berikut:

Kata Pengantar

Pernyataan Telah Direviu

Ikhtisar Eksekutif

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Grafik

Daftar Gambar

BAB I. PENDAHULUAN

Bab I Disajikan mengenai penjelasan umum organisasi dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama yang sedang dihadapi oleh organisasi

BAB II. PERENCANAAN KINERJA

Dalam Bab II Menjelaskan mengenai rencana strategi yang berisi visi, misi, kebijakan, tujuan dan sasaran strategis/sasaran program/sasaran kegiatan, perjanjian kinerja, rencana kinerja, serta indikator kinerja yang akan dilaksanakan pada tahun 2026 dalam rangka pencapaian visi dan misi RSUP Surakarta

BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Disajikan mengenai capaian kinerja sesuai dengan hasil pengukuran kinerja. 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. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada).
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya.
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

B. Capaian Kinerja Lainnya (Jika ada)

Dijelaskan mengenai capaian-capaian penting organisasi.

C. Realisasi Anggaran

Disajikan mengenai Realisasi anggaran yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja Organisasi.

BAB IV. PENUTUP

Dalam Bab IV diuraikan mengenai kesimpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran terdiri dari Perjanjian Kinerja dan dokumen lainnya yang dianggap perlu. Serta capaian dan prestasi yang dihasilkan atas capaian kinerja organisasi.

Pada periode 2025-2029, RSUP Surakarta telah menetapkan visinya sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis yaitu:

VISI

“ RUMAH SAKIT DENGAN PELAYANAN UNGGULAN KANKER DAN RESPIRASI DI LEVEL ASIA DENGAN PERTUMBUHAN YANG BEKELANJUTAN“

Adapun misi RSUP Surakarta adalah:

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

Untuk mencapai visi dan misi diatas, maka disusun sasaran strategis berdasarkan tujuan/pilar strategis yang sudah ditetapkan dari Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

Tabel 2. Sasaran Strategis RSUP Surakarta

Tujuan/Pilar		Sasaran Strategis
Pilar 1 Layanan Terbaik Level Asia	1.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia
	2.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas
	3.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
	4.	Terwujudnya tata kelola yg bersih dan akuntabel
	5.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
	6.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
	7.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
	8.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-

Tujuan/Pilar		Sasaran Strategis
		AKHLAK
	9.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya
Pilar 2 Penelitian, Pelatihan dan Pendidikan	10.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan

Sumber Data: Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029

Sasaran strategis tersebut disusun dalam mencapai misi RSUP Surakarta. Persandingan antara Misi dengan Sasaran Strategis disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 3. Persandingan antara Misi dengan Sasaran Strategis RSUP Surakarta

Misi		Sasaran Strategis	
1.	Memperbaiki pengalaman pasien melalui perbaikan kualitas pelayanan dan fasilitas pendukung	1.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia
		8.	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
2.	Meningkatkan kualitas pemberi layanan melalui peningkatan produktivitas kerja	6.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
		9.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
		10.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal
3.	Meningkatkan mutu layanan klinis melalui standarisasi pelayanan	7.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
4.	Meningkatkan tata kelola rumah sakit melalui digitalisasi layanan	4.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
		5.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
		11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya (Direktif)
5.	Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkualitas dan inovatif	3.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan
		2.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas

Sumber Data: Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta Tahun 2025-2029

Untuk mencapai sasaran strategis tersebut perlu disusun indikator sasaran strategis. Indikator sasaran strategis ini adalah indikator kinerja utama direktur utama rumah sakit (IKU Direktur Utama) atau *Key Performance Indicators* (KPI) sebagai berikut:

Tabel 3. Indikator Sasaran Strategis RSUP Surakarta

Nilai Penggerak	Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis/IKU/KPI	
Stakeholder	1.	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
	2.	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas	2.	Jumlah pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target
	3.	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	3.	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian
Proses bisnis internal	4.	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	4.	% penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan
	5.	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	5.	Skor BLU Maturity Rating
			6.	Nilai SAKIP RSUP Surakarta
	6.	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	7.	Bed occupancy rate (BOR)
	7.	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	8.	<i>Healthcare Associated Infections (HAIS) Rates</i>
			9.	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS) - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) 7 Hari - Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)
Learning & growth	9.	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	11.	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
			12.	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>
Finansial	10.	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	13.	EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)

Nilai Penggerak	Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis/IKU/KPI	
	11.	Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya (Direktif)	14.	Nilai kinerja anggaran RSUP Surakarta
			15.	Indeks kualitas SDM RSUP Surakarta
			16.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta
			17.	% Realisasi anggaran RSUP Surakarta

Sumber Data: Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta Tahun 2026

Untuk Sasaran Strategis “Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas” dengan Indikator Sasaran Strategis/IKU/KPI “Jumlah pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/ diampu sesuai target” oleh RSUP Surakarta tidak melaksanakan pengukuran maupun pelaporan indikator tersebut. Hal ini dikarenakan berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/d/45486/2024 tentang Rumah Sakit Pengampu Regional Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak, RSUP Surakarta tidak termasuk ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu nasional untuk penyakit prioritas, sehingga indikator dimaksud tidak menjadi kewajiban maupun ruang lingkup kinerja RSUP Surakarta.

A. Program Kerja Tahun 2026

Untuk mewujudkan VISI dan MISI RSUP Surakarta maka dipastikan langkah-langkah strategi diarahkan untuk mencapai target indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators/KPI*). Sesuai dengan surat edaran dari Kementerian Kesehatan perihal Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I lingkup Kementerian Kesehatan Tahun 2026 yang menyatakan bahwa setiap satuan kerja harus menyusun dan menyajikan LAKIP Semester I Tahun 2026 atas prestasi kerja yang dicapai berdasarkan penggunaan pagu anggaran yang telah dialokasikan. Penyusunan dan penjelasan LAKIP Semester I Tahun 2026 berdasarkan pencapaian indikator kinerja pada perjanjian kinerja tahun 2026 dan dapat menambah penjelasan terhadap pencapaian indikator kinerja lainnya di dalam dokumen perencanaan tahun 2026, maka indikator yang dibahas dalam dokumen LAKIP Semester 1 tahun 2026 sebagai berikut:

1. EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)

2. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)
 3. Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian
 4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan
 5. BLU Maturity Rating
 6. Nilai SAKIP RSUP Surakarta
 7. *Bed Occupancy Rate/ BOR*
 8. *Healthcare Associated Infections (HAIs) Rate*
 9. Pasien Stroke Iskemik *Length of Stay (LOS) <7 hari*
 10. Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)
 11. Persentase Pendapatan non-JKN Terhadap Pendapatan
 12. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai
 13. *Training Effectiveness Index (TEI)*
 14. Nilai Kinerja Anggaran
 15. Persentase Realisasi Anggaran
 16. Indeks Kualitas SDM
 17. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti
- Untuk mewujudkan 17 indikator kinerja utama (*Key Performance Indicators/KPI*) RSUP Surakarta tersebut dan 4 indikator kinerja direktif, ditetapkan program kerja strategis yang bersifat pemantapan, perbaikan dan pengembangan. Program kerja strategis tersebut adalah:

1. Terwujudnya layanan terbaik level Asia
 - a. Peningkatan fasilitas parkir
 - 1) Pembuatan dan penerapan peraturan zonasi parkir
 - 2) Pembaruan KSO parkir
 - 3) Pemasangan marka dan rambu
 - 4) Pembayaran parkir non tunai
 - 5) Sewa lahan parkir (apabila terdampak pembangunan gedung layanan)
 - 6) Pembangunan gedung parkir
 - 7) Penerapan smart parking system (sensor parkir untuk menunjukkan area yang masih tersedia)
 - b. Perbaikan fasilitas taman
 - 1) Penghijauan dan peningkatan taman
 - c. Perbaikan fasilitas toilet
 - 1) Pemasangan fasilitas khusus untuk lansia dan penyandang disabilitas

- 2) Penyediaan QR code di setiap toilet yg memungkinkan pasien melaporkan kondisi toilet secara real time
 - 3) Pembuatan design toilet sesuai ketentuan
 - 4) Pembangunan toilet baru dengan standar kebersihan tinggi, sensor flush, sabun cuci tangan otomatis (bagian dari gedung pelayanan baru)
- d. Perbaiki fasilitas waktu tunggu
- 1) Menyediakan sarana pendukung: area khusus menyusui
 - 2) Penambahan sarana pendukung untuk kenyamanan pengunjung
 - 3) Penyusunan design ruang tunggu sesuai ketentuan
 - 4) Pembangunan ruang tunggu yang lebih nyaman dan ramah pasien (seperti tanaman hijau, pencahayaan alami), musik latar utk menciptakan suasana yang lebih tenang (bagian dari gedung pelayanan baru)
- e. Pembangunan gedung pelayanan
- 1) Penyusunan AMDAL
 - 2) Penyusunan ANDALALIN
 - 3) Penyusunan *bluebook*
 - 4) Penyusunan *greenbook*
 - 5) Penyusunan *detail engineering design* (DED)
 - 6) Penyusunan persetujuan bangun gedung (PBG)
 - 7) Pengusulan penghapusan gedung
 - 8) Lelang penghapusan gedung
 - 9) Pembangunan gedung pelayanan dan pemenuhan sarana prasarana penunjangnya
- f. Perbaiki waktu pelayanan rawat inap
- 1) Melakukan monitoring dan evaluasi
 - 2) Melaksanakan tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi
- g. Perbaiki waktu pelayanan rawat jalan
- 1) Peningkatan koordinasi antar unit
 - 2) Optimalisasi mobile JKN dan pendaftaran online
 - 3) Pengaturan jam *check in*
- h. Perbaiki waktu pelayanan operasi elektif
- 1) Melakukan monitoring dan evaluasi
 - 2) Melaksanakan tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi
- i. Perbaiki waktu pelayanan radiologi
- 1) Melakukan monitoring dan evaluasi
 - 2) Melaksanakan tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi

- j. Perbaiki waktu pelayanan laboratorium
 - 1) Melakukan monitoring dan evaluasi
 - 2) Melaksanakan tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi
- k. Perbaiki waktu pelayanan IGD
 - 1) Melakukan monitoring dan evaluasi
 - 2) Melaksanakan tindak lanjut hasil monitoring dan evaluasi
- l. Perbaiki program customer service yang berfokus pada hospitality dan patient experience
 - 1) Perencanaan dan implementasi budaya kerja baru di RSUP Surakarta
 - 2) Training hospitality dan service excellence
 - 3) Monev budaya budaya kerja, hospitality dan service excellence
- m. Pembentukan berbagai saluran komunikasi untuk menampung keluhan pasien
 - 1) Standarisasi sistem administrasi penanganan keluhan pasien
 - 2) Peningkatan kompetensi bagi petugas informasi dan humas
 - 3) Membentuk call centre penanganan keluhan pasien
 - 4) Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan
- n. Percepatan penyelesaian keluhan kategori non-medis
 - 1) Standarisasi waktu respon dan penyelesaian
 - 2) Peningkatan kompetensi bagi tenaga teknis lapangan
 - 3) Evaluasi dan pengembangan berkelanjutan
- 2. Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan
 - a. Pengembangan layanan unggulan berbasis riset
 - 1) Implementasi CRU di RSUP Surakarta
 - 2) Pelaksanakan penelitian kolaborasi
 - 3) Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian
 - 4) Pelaksanaan penelitian kolaborasi
 - 5) Peningkatan kompetensi SDM dalam penelitian
 - b. Melakukan kegiatan riset dan penelitian
 - 1) Pelaksanaan riset dan penelitian yang dilakukan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan
 - 2) Pelaksanaan riset dan penelitian yang berhubungan dengan kedokteran presisi
- 3. Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal
 - a. Implementasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
 - 1) Pengembangan SIMRS
 - 2) Pengembangan infrastruktur TIK RS

- 3) Pengembangan dan perencanaan infrastruktur jaringan internet di gedung layanan baru
- 4) Pemasangan jaringan internet di gedung layanan baru
- 5) Penambahan sarana dan prasarana IT (PC, printer, CCTV, Wifi)
- b. Perencanaan, pengembangan, dan implementasi RME yang terintegrasi
 - 1) Pengembangan LIS dan PACS
 - 2) Optimalisasi fitur pasien online
 - 3) Upgrade sistem manajemen administrasi RS dengan ERP Sistem
- c. Perencanaan, pengembangan, dan implementasi *inventory* yang terintegrasi
 - 1) Interkoneksi SAKTI
 - 2) Pengembangan SIMRS modul inventory
- d. Perbaikan peran dan tanggung jawab fungsi pengadaan barang dan jasa
 - 1) Penyusunan perencanaan berbasis e katalog
 - 2) Penyusunan kebijakan Dirut tentang pengadaan barang dan jasa
 - 3) Peningkatan kompetensi tim pengadaan
 - 4) Pelatihan budaya anti korupsi
 - 5) Monev pengadaan barang dan jasa
4. Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel
 - a. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk *maturity rating* aspek finansial
 - 1) Optimalisasi idle cash
 - b. Memastikan indikator kinerja keuangan untuk *maturity rating* aspek pelayanan
 - 1) Mengendalikan waktu tunggu pelayanan
 - 2) Menindaklanjuti hasil survey IKM
 - 3) Mengembangkan jumlah dan jenis layanan
5. Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien
 - a. Peningkatan efisiensi perawatan pasien
 - 1) Kerjasama pendidikan dan penelitian (jejaring diklit)
 - 2) Kerjasama pelayanan kesehatan (jejaring pelayanan)
 - b. Peningkatan produktifitas SDM dan alat
 - 1) Meningkatkan kunjungan rawat inap
 - 2) Monev BOR< LOS, TOI, BTO
 - 3) Meningkatkan branding layanan
 - c. Peningkatan jumlah pasien rawat jalan
 - 1) Meningkatkan branding layanan
 - 2) Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan
 - d. Peningkatan jumlah pasien yang melakukan tindakan bedah

- 1) Meningkatkan kapasitas SDM
- 2) Menambah jumlah dan jenis layanan tindakan bedah
- 3) Menambah jumlah ruang operasi
- e. Perencanaan *central procurement* untuk pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
 - 1) Pengadaan barang dan jasa secara konsolidasi
6. Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten
 - a. Pengadaan pelatihan dan pendidikan kepada tenaga medis dalam mengimplementasikan PPK dan *clinical pathway*
 - 1) Pendidikan dan pelatihan tenaga medis dlm mengimplementasi CP dan PPK
 - b. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar klinis menggunakan PPK dan *clinical pathway*
 - 1) Monitoring dan evaluasi kepatuhan CP dan PPK
 - c. Pembuatan PPK untuk seluruh layanan unggulan (untuk layanan unggulan yang belum memiliki PPK)
 - 1) Menyusun PPK layanan unggulan
 - d. *Review* PPK untuk seluruh layanan unggulan
 - 1) Melakukan reviu PPK ke seluruh layanan klinis
7. Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan
 - a. Meningkatkan jangkauan *channel* digital RS
 - 1) Mengembangkan digital marketing
 - b. Meningkatkan jumlah penjamin untuk pembayaran pasien
 - 1) Pengembangan kerjasama asuransi
 - 2) Meningkatkan branding dan marketing
 - 3) Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN
 - c. Mengembangkan layanan non-JKN
 - 1) Pengembangan kerjasama asuransi
 - 2) Meningkatkan branding dan marketing
 - 3) Meningkatkan sarana prasarana pasien non JKN
 - 4) Pengembangan layanan non JKN (MCU, eksekutif, dll)
 - d. Mengimplementasikan pola tarif non-JKN
 - 1) Penyesuaian tarif layanan berdasarkan analisis biaya dan daya beli pasien
 - 2) Monitoring dan evaluasi pola tarif non-JKN
8. Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK
 - a. Pemantauan kehadiran pemberi layanan poliklinik
 - 1) Penyediaan sarana prasarana

- 2) Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan
 - b. Pemantauan kehadiran pemberi layanan rawat inap
 - 1) Penyediaan sarana prasarana
 - 2) Menyediakan sistem pemantauan kehadiran pemberi layanan
 - c. Pengimplementasian pola remunerasi
 - 1) Implementasi dan evaluasi remunerasi konsep baru
 - 2) Pengembangan sistem reward dan punishment
 - 3) Monitoring dan evaluasi Monev sistem reward dan punishment
 - 4) Pengembangan sistem-remunerasi dan payroll karyawan
 - 5) Monitoring implementasi pola remunerasi
 - d. Memfasilitasi peningkatan kompetensi tersertifikasi untuk Nakes dan Named
 - 1) Pengembangan kompetensi Nakes dan Named
9. Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal
- a. Peningkatan pertumbuhan kinerja pendapatan
 - 1) Menjalin KSO
 - 2) Pengembangan pelayanan
 - 3) Meningkatkan produktifitas alkes
 - b. Pengendalian beban terhadap pendapatan
 - 1) Optimalisasi SDM
 - 2) Pengendalian biaya pasien JKN
 - 3) Standarisasi formularium rumah sakit
 - 4) Monitoring dan evaluasi formularium rumah sakit
 - 5) Swakelola pemeliharaan
 - c. Penerapan standar unit cost pelayanan
 - 1) Perhitungan unit cost berbasis Activity Based costing
 - 2) Monitoring dan evaluasi penerapan standar unit cost
 - d. Melakukan *review* tarif INACBGS secara berkala
 - 1) Melakukan *review* tarif INACBGS secara berkala
 - e. Peningkatan kualitas klaim JKN ke BPJS Kesehatan
 - 1) Penegakan standar dokumentasi yang lengkap, jelas, dan sesuai regulasi
 - 2) Peningkatan kapasitas petugas coding
 - 3) Penguatan integrasi antara sistem rumah sakit dengan aplikasi BPJS (VClaim, E-Klaim)
 - 4) Pelatihan berkala untuk dokter dan perawat tentang diagnosis dan kodefikasi sesuai standar INA-CBGs
 - 5) Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan

- f. Meningkatkan likuiditas keuangan
 - 1) Optimalisasi pendapatan dan manajemen kas efektif
- g. Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian
 - 1) Meningkatkan ketepatan waktu penyampaian
- h. Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan
 - 1) Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan
- 10. Meningkatkan akurasi proyeksi pengesahan pendapatan (Direktif)
 - a. Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya (Direktif)

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja merupakan amanat dari Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia.

Dalam hal ini, perjanjian kinerja RSUP Surakarta tahun 2026 merupakan pernyataan komitmen antara Direktur Utama RSUP Surakarta dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kesehatan Kementerian Kesehatan untuk mencapai target-target yang tertera dalam Rencana Strategis Bisnis 2025-2029.

Indikator Kinerja Kegiatan tersebut harus tertera dalam Perjanjian Kinerja Kepala Satuan Kerja dengan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan TA 2026 dan dilakukan pemantauan terhadap capaian indikator secara periodik. RSUP Surakarta telah menyusun perjanjian kinerja tahun 2026 sesuai dengan kedudukan, tugas dan fungsinya. Perjanjian kinerja ini telah mengacu pada Rencana Strategis Bisnis RSUP Surakarta periode 2025-2029 dan hasil desk dengan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Tabel 4. Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta Tahun 2026

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif pelanggan/ <i>stakeholder</i>				
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1.1	IKM 17.2.1 - Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 nilai
2	Terwujudnya Pusat	2.1	IKM 31.3 - Persentase Pendapatan	0.5%

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan		yang Diperoleh Dari Semua Penelitian	
Perspektif bisnis internal				
3	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	3.1	IKM 33.7 - Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	50%
4	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	4.1	IKM 33.9 - Skor BLU Maturity Rating	Level 3
		4.2	IKM 33.8 - Nilai SAKIP RSUP Surakarta	83 Nilai
5	Terwujudnya Proses Bisnis Yang Efektif dan Efisien	5.1	IKM 16.3.1 - <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
6	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	6.1	IKM 16.4.1 - <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIS) Rates	100%
		6.2	IKM 16.3.2 - Pasien Stroke Iskemik Dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) 7 Hari	≥80%
		6.3	IKM 16.3.3 - Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	≥75%
7	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	7.1	IKM 33.9 - Persentase Pendapatan Non JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran				
8	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK	8.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 Nilai
		8.2	IKM 33.2 - <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73.75 %
Perspektif Keuangan				
9	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	9.1	IKM 33.8 - EBITDA Margin (Persentase Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	1%
Indikator Direktif				
10	Meningkatnya Kualitas Layanan	10.1	IKM 33.3 - Nilai Kinerja Anggaran	92.75

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya		RSUP Surakarta	Nilai
		10.2	IKM 33.4 - Indeks Kualitas SDM RSUP Surakarta	82 Nilai
		10.3	IKM 33.5 - Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta	95%
		10.4	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Surakarta	96%

Sumber Data: Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta Tahun 2026

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Surakarta, merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja berbagai program dan kegiatan yang telah dilaksanakan pada tahun 2026. Pada bab ini akan diuraikan pengukuran, evaluasi, dan analisis kinerja RSUP Surakarta selama semester satu tahun 2026, keberhasilan yang dicapai maupun permasalahan terkait, beserta rekomendasi untuk peningkatan kinerja di masa mendatang.

Pengukuran tingkat capaian kinerja RSUP Surakarta semester I tahun 2026 dilakukan dengan cara membandingkan antara target pencapaian indikator sasaran yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Surakarta tahun 2026 dengan realisasinya. Berikut disampaikan tingkat capaian kinerja RSUP Surakarta semester I tahun 2026 berdasarkan hasil pengukurannya.

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran dan analisis pencapaian kinerja bertujuan untuk mendapat informasi mengenai masing-masing sasaran dan indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Surakarta apabila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai dan ditetapkan di awal tahun. Pencapaian atas target dan realisasi seluruh indikator pada semester I tahun 2026 ditampilkan pada tabel berikut.

Tabel 5. Target dan Realisasi atas Capaian Indikator Kinerja Utama Semester I tahun 2026

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Terwujudnya Keuangan yang Andal	1. EBITDA Margin (%) Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	Cluster III: 1%	-29.00%	0%	Tidak tercapai
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 Nilai	93.80	103.49%	Tercapai
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang	3. % Pendapatan yang Diperoleh Dari Semua Penelitian	0.5%	0.04%	8%	Tidak tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Berkesinambungan					
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. % Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	50%	50%	100%	Tercapai
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3.68 (Level 3)	100%	Tercapai
	6. Nilai SAKIP RSUP Surakarta	83 Nilai	83	100	Tercapai
Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	7. <i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%	56.60%	80.86%	Tidak tercapai
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rate</i>	100%	100%	100%	Tercapai
	9. Pasien Stroke Iskemik LOS < 7 Hari	≥80%	98%	122.50%	Tercapai
	10. Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	≥75%	88.83%	118.44%	Tercapai
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	11. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%	20%	100%	Tercapai
	12. Skor Tingkat kepuasan pegawai	78 Nilai	82.63	105.94%	Tercapai
Terwujudnya SDM yang Andal dan	13. <i>Training effectiveness</i>	73.75%	81.56%	110.59%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Budaya Organisasi	<i>index</i> (TEI)				
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	14. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Surakarta	92.55 Nilai	66.11	71.43%	Tidak tercapai
	15. Indeks kualitas SDM RSUP Surakarta	82 Nilai	82.32	100.39%	Tercapai
	16. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta	95%	100%	105.26%	Tercapai
	17. Nilai Realisasi Anggaran (Akumulasi)	96%	35.03%	36.49%	Tidak tercapai
Total Persentase Ketercapaian				1463.38%	
Rata-rata Persentase Ketercapaian				86.08%	

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

B. Analisis Capaian Kinerja

1. Sasaran Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal

Sasaran pertama dalam rangka mencapai visi yang hendak dicapai RSUP Surakarta adalah terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal. Dalam rangka mengetahui pencapaian keberhasilan sasaran tersebut, RSUP Surakarta telah menetapkan indikator kinerja utama yaitu:

a. 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. Pendapatan operasional netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis). Khusus pada kegiatan non-operasional/lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan *demolish*

gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non-operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBITDA. Pencapaian target EBITDA margin setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No.26 Tahun 2022. Pengelompokan rumah sakit dapat berubah sewaktu waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No.26 Tahun 2022.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Pada semester I tahun 2026, EBITDA margin RSUP Surakarta tercatat sebesar (-29%), jauh di bawah target yang ditetapkan sebesar 1%. Artinya, untuk setiap Rp100 pendapatan yang diperoleh, rumah sakit mengalami kerugian operasional sebesar Rp29 sebelum memperhitungkan bunga, pajak dan depresiasi/amortisasi.

Kondisi ini terutama dipengaruhi oleh realisasi pendapatan yang belum mencapai target, sementara sebagian besar biaya operasional bersifat tetap (fixed cost) dan tetap harus dikeluarkan untuk menjamin keberlangsungan pelayanan. Rendahnya realisasi pendapatan operasional disebabkan oleh tren kunjungan sedikit menurun, belum optimalnya pemanfaatan kapasitas layanan, terbatasnya pertumbuhan volume pasien dan adanya kebijakan BPJS Kesehatan terkait pembatasan pelayanan diagnosis yang merupakan kompetensi FKTP, pengaturan kunjungan berulang dan rujukan internal serta belum optimalnya pengembangan layanan yang mampu menghasilkan pendapatan di luar layanan JKN.

Kondisi ini perlu menjadi perhatian serius, terutama jika terus berlanjut dalam jangka panjang. Meskipun demikian EBITDA margin negative masih umum terjadi pada fase awal pengembangan rumah sakit baru, mengingat orientasi rumah sakit bukan murni profit, tetapi pelayanan publik.

Kontribusi utama terhadap negatifnya EBITDA margin ini adalah rendahnya realisasi pendapatan sehingga belum mampu menutupi biaya operasional.

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

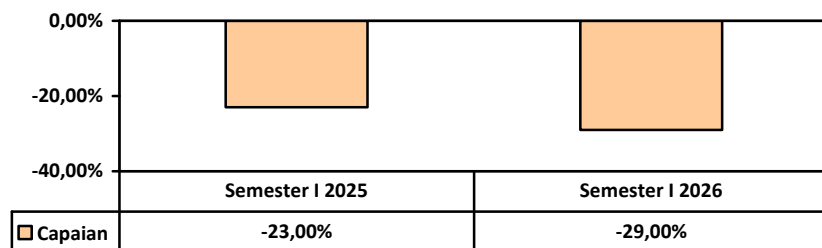
Pada semester I tahun 2025, EBITDA margin sebesar (-23%) di mana capaian tersebut lebih tinggi dari capaian semester I tahun 2026 yang sebesar (-29%).

Tabel 6. Perbandingan Capaian EBITDA Margin Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026
EBITDA Margin	-23%	-29%

Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

Grafik 1. Perbandingan Capaian EBITDA Margin



Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

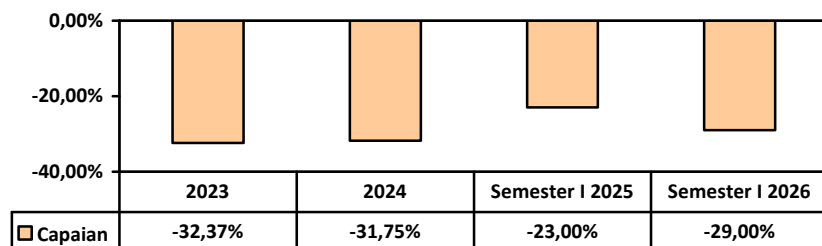
Apabila dibandingkan dengan realisasi tahun 2023 sebesar (-32.37%) dan tahun 2024 sebesar (-31.75%), capaian semester I tahun 2026 mengalami peningkatan/perbaikan. Namun, EBITDA Margin semester I tahun 2026 mengalami penurunan. Seperti Digambar pada tabel dan grafik di bawah ini

Tabel 7. Perbandingan Capaian EBITDA Margin

Indikator	2023	2024	Semester I 2025	Semester I 2026
EBITDA Margin	-32.37%	-31.75%	-23%	-29%

Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

Grafik 2. Tren Perbandingan Capaian EBITDA Margin



Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Bila dibandingkan dengan target jangka menengah Renstra, yaitu EBITDA margin sebesar 3%, maka capaian semester I tahun 2026 sebesar (-29%) menunjukkan bahwa RSUP Surakarta belum mencapai target sasaran strategis yang diharapkan.

4) Perbandingan dengan standar nasional

Berdasarkan standar nasional untuk rumah sakit, EBITDA margin ideal berkisar antara 10-15%. Oleh dari itu, pencapaian RSUP Surakarta di semester I tahun 2026 sebesar (-29%) belum mencapai standar nasional dan masih memerlukan perbaikan signifikan.

5) Analisis penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang dihadapi

Nilai EBITDA margin yang negatif menunjukkan bahwa pendapatan operasional RSUP Surakarta belum mampu menutupi beban operasional. Kondisi ini mencerminkan bahwa pertumbuhan pendapatan belum sebanding dengan kebutuhan biaya operasional yang harus dikeluarkan untuk menjamin keberlangsungan pelayanan.

Belum optimalnya realisasi pendapatan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pemanfaatan kapasitas layanan masih belum maksimal, yang tercermin dari tingkat utilisasi layanan dan volume pasien yang belum mencapai target. Selain itu, kebijakan BPJS Kesehatan terkait pengelolaan 144 diagnosis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), pengaturan kunjungan berulang, serta pembatasan rujukan internal turut mempengaruhi jumlah kunjungan dan volume pelayanan rumah sakit. Di sisi lain, pengembangan layanan yang berpotensi menghasilkan pendapatan non-JKN masih perlu ditingkatkan sehingga diversifikasi sumber pendapatan belum optimal.

Ketergantungan pendapatan rumah sakit terhadap pembiayaan JKN yang masih cukup tinggi juga menyebabkan ruang peningkatan pendapatan menjadi terbatas karena dipengaruhi oleh regulasi, tarif, dan kebijakan pembiayaan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut mengurangi fleksibilitas rumah sakit dalam meningkatkan pendapatan operasional.

Selain aspek pendapatan, struktur biaya operasional rumah sakit masih didominasi oleh biaya tetap (fixed cost), seperti belanja pegawai, pemeliharaan sarana dan prasarana, utilitas, serta biaya operasional rutin lainnya yang tetap harus dipenuhi meskipun volume pelayanan belum mencapai target. Akibatnya, peningkatan biaya operasional tidak diimbangi oleh peningkatan pendapatan yang memadai, sehingga memberikan tekanan terhadap capaian EBITDA Margin.

b) Alternatif Solusi

Adapun alternatif solusi sebagai rencana tindak lanjut untuk pemecahan masalah, diantaranya:

- Meningkatkan pendapatan operasional melalui pembukaan layanan baru yang sesuai kebutuhan masyarakat dan potensi pasar.

- Mengembangkan sumber pendapatan non-JKN melalui pelayanan MCU, layanan eksekutif, pemeriksaan penunjang, penelitian klinis, KSO serta layanan lain yang memiliki potensi menghasilkan pendapatan
- Meningkatkan jam operasional pelayanan dan utilitas peralatan kesehatan yang telah tersedia
- Menerapkan konsolidasi pengadaan obat dan bhp/bmhp
- Perbaikan kualitas pengelolaan klaim JKN melalui perbaikan kelengkapan rekam medis, ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta percepatan penyelesaian klaim
- Melakukan monitoring berkala terhadap indikator pendapatan, biaya operasional dan EBITDA Margin sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial, sehingga langkah korektif dapat dilakukan secara cepat.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Nilai EBITDA Margin negatif menunjukkan bahwa pemanfaatan sumber daya yang dimiliki belum menghasilkan pendapatan yang optimal untuk menutupi biaya operasional. Di satu sisi, penggunaan sumber daya, RSUP Surakarta telah memiliki aset berupa gedung, peralatan kesehatan, SDM, dan infrastruktur pendukung, namun tingkat utilisasi aset masih belum optimal, tercermin dari belum maksimalnya tingkat hunian TT (BOR), utilisasi alat kesehatan, serta volume pelayanan yang belum mencapai target. Di sisi lain sebagian besar biaya operasional merupakan biaya tetap (fixed cost), seperti belanja pegawai pemeliharaan sarpras, biaya operasional rutin lainnya. Meskipun telah dilakukan pengendalian biaya melalui konsolidasi, efisiensi penggunaan energi, serta pengendalian belanja non prioritas, besarnya biaya tetap menyebabkan ruang efisiensi menjadi terbatas apabila tidak diikuti dengan peningkatan produktivitas pelayanan

- a) Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pemanfaatan asset dan alat kesehatan untuk mengoptimalkan tingkat utilitas, meminimalkan *idle time* (waktu tidak produktif), serta memastikan biaya pemeliharaan sebanding dengan pendapatan yang dihasilkan.
- b) Meningkatkan koordinasi antara komite medik dan unit farmasi serta penegakan kepatuhan formularium rumah sakit, pengadaan obat non-formularium dapat ditekan sehingga akan menekan beban farmasi.
- c) Pengalihan formulir pelayanan ke sistem digital berhasil memangkas penggunaan kertas dan persediaan non medis lainnya sehingga menjaga rasio beban non farmasi tetap sesuai target.

- d) Optimalisasi atas asset yang telah dimiliki, dengan memperpanjang jam operasional, mengembangkan klinik *weekend/ holiday*.

Dengan mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang telah tersedia dan meningkatkan produktifitas pelayanan, diharapkan RSUP Surakarta dapat meningkatkan pendapatan tanpa memerlukan penambahan sumberdaya yang signifikan

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan
 - a) Untuk mengatasi permasalahan klaim pending, rumah sakit melakukan evaluasi kasus-kasus klaim pending, memperkuat koordinasi dengan DPJP, melakukan sosialisasi kebijakan baru BPJS, serta menata ulang alur layanan dan proses klaim.
 - b) Rekonsiliasi Data Aset dan Keuangan Berkala: Kegiatan rekonsiliasi bulanan internal antara Urusan Akuntansi dan Urusan BMN berdampak pada penyajian laporan keuangan yang lebih akurat, meminimalkan selisih catat, serta mempercepat penyusunan Laporan Keuangan secara tepat waktu.
- 8) Prediksi/Proyeksi Tahun Berikutnya

Pada tahun 2027 diharapkan capaian Ebitda Margin mengalami perbaikan menjadi sebesar 1%. Hal ini tentu didukung oleh Kerjasama semua pihak untuk melaksanakan berbagai usulan pemecahan masalah dan rencana tindak lanjut.

2. Sasaran Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia

Indikator kinerja utama untuk mengetahui pencapaian sasaran strategis terwujudnya layanan terbaik level asia yaitu:

a. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

Customer satisfaction score (CSAT) adalah matrik untuk mengukur kepuasan pelanggan terhadap suatu produk, layanan, atau pengalaman tertentu. CSAT mencerminkan persepsi langsung pelanggan terhadap layanan atau produk, dan sering digunakan untuk evaluasi layanan pelanggan, proses pembelian, atau penggunaan produk. Penilaian kepuasan pelanggan di rumah sakit menggunakan survey kepuasan pasien yang diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Angka capaian skor kepuasan pelanggan (CSAT) pada semester I tahun 2026 masih menggunakan capaian tahun 2025 sebesar 93.80 (sangat baik), di mana

telah mencapai target tahun 2026 sebesar 90.64. Persentase ketercapaian indikator sebesar 103.49%.

Tabel 8. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	90.64	93.80	103.49%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Tahun Lalu

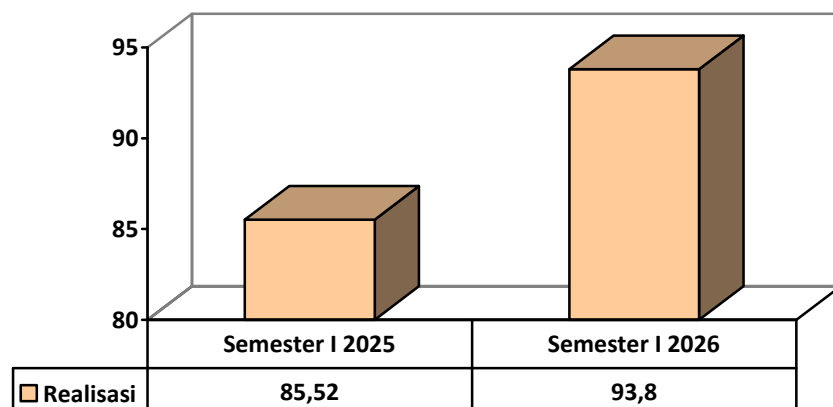
Apabila dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2025 sebesar 85.52, capaian pada semester I tahun 2026 sebesar 93.80 ini mengalami peningkatan sebesar 9.68%. Seperti digambarkan pada tabel dan grafik di bawah ini.

Tabel 9. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Skor kepuasan pelanggan (CSAT)	85.52	93.80	9.68% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 3. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

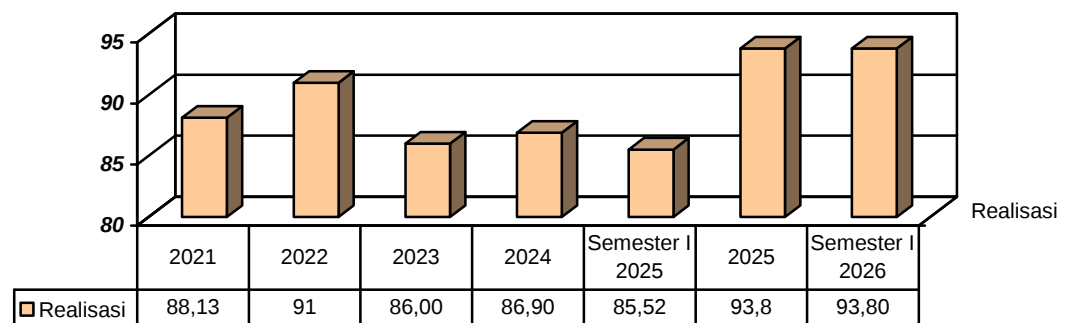
Adapun tren realisasi capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT) dari tahun 2021 sampai semester I tahun 2026 mengalami peningkatan yang dapat digambarkan pada tabel dan grafik di bawah ini.

Tabel 10. Perbandingan Capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)

Indikator	2021	2022	2023	2024	Semester I 2025	2025	Semester I 2026
Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	88.13	91	86	86.9	85.52	93.80	93.80

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

Grafik 4. Tren Perbandingan Capaian Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)



Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (akhir tahun Renstra) sebesar (88.31 - 100) maka pencapaian pada semester I tahun 2026 yang sebesar 93.80 ini sudah mencapai target renstra, walaupun belum mencapai nilai 100.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Untuk Target Nasional Kepuasan Masyarakat dalam Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit adalah 76, 1 (Baik). Jika dibandingkan dengan target nasional, capaian CSAT di semester I 2026 sudah melebihi target.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

Untuk kendala yang dihadapi dalam pengukuran CSAT Semester I Tahun 2026 belum ada, karena belum dilakukan pengukuran. Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2026 dilakukan pada Bulan Juli - Agustus 2026. Namun demikian, dari hasil pemantauan survei bulanan yang dilakukan secara mandiri

oleh internal RSUP Surakarta, nilai yang didapatkan masih dalam rentang baik, di bawah 90% serta ada masukan-masukan terbuka yang mengarah pada sarana prasarana.

a) Permasalahan yang dihadapi

- Survei dengan menggunakan pihak ketiga baru akan dilakukan pada bulan Juli 2026.
- Kurangnya partisipasi responden untuk mengikuti survei.
- Tidak dapat melakukan kontrol terhadap responden (pasien atau keluarga pasien) yang sudah pernah menjadi responden survei sebelumnya.
- Aspek sarana prasarana masih menjadi komponen dengan nilai kepuasan terendah.
- Ketepatan waktu dari instalasi/ unit untuk menindaklanjuti masukan atau kritik atau saran dari responden.

b) Alternatif Solusi

- Melakukan koordinasi dengan Panitia Pengadaan Barang dan Jasa untuk segera mempersiapkan pemilihan penyedia survei.
- Melakukan feed back berkala tindak lanjut survei kepuasan masyarakat bulanan.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pencapaian nilai CSAT yang tinggi tidak hanya mencerminkan kepuasan pasien, tetapi juga menunjukkan bahwa rumah sakit mampu memanfaatkan sumber daya secara efektif dan efisien dalam memberikan pelayanan.

Dari aspek sumber daya manusia, efisiensi tercermin melalui penempatan tenaga kesehatan dan tenaga pendukung yang sesuai dengan beban kerja, sehingga waktu tunggu pasien dapat ditekan tanpa menambah jumlah pegawai secara berlebihan. Peningkatan kompetensi petugas melalui pelatihan pelayanan prima, komunikasi efektif, dan budaya keselamatan pasien memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien dengan biaya yang relatif lebih rendah dibandingkan penambahan sumber daya baru.

Pada aspek proses pelayanan, digitalisasi layanan seperti pendaftaran daring, rekam medis elektronik, sistem antrean elektronik, serta integrasi pelayanan antarunit mampu mengurangi waktu proses, meminimalkan pekerjaan administrative berulang, dan meningkatkan pengalaman pasien. Efisiensi ini

menghasilkan peningkatan nilai CSAT tanpa memerlukan investasi operasional yang besar pada setiap siklus pelayanan.

Dari sisi sarana dan prasarana, optimalisasi pemanfaatan fasilitas yang telah tersedia, pemeliharaan peralatan secara berkala, serta pengaturan alur pelayanan yang lebih sederhana mampu meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi potensi pemborosan akibat waktu tunggu, penggunaan ruang yang tidak optimal, maupun duplikasi pelayanan.

Evaluasi terhadap hasil survei CSAT juga menunjukkan bahwa sebagian besar keluhan pasien berasal dari faktor proses, seperti waktu tunggu, komunikasi petugas, dan informasi pelayanan. Hal ini mengindikasikan bahwa peningkatan kepuasan pasien lebih efektif dilakukan melalui perbaikan proses bisnis dan peningkatan kompetensi SDM dibandingkan dengan investasi besar pada infrastruktur baru. Dengan demikian, penggunaan sumber daya menjadi lebih efisien karena fokus diarahkan pada area yang memberikan dampak terbesar terhadap kepuasan pasien.

Sebagai upaya peningkatan efisiensi secara berkelanjutan, rumah sakit perlu menerapkan monitoring indikator CSAT secara periodik, melakukan analisis akar masalah terhadap setiap keluhan pasien, menetapkan rencana tindak lanjut berbasis data, serta mengintegrasikan hasil evaluasi ke dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pendekatan tersebut memungkinkan setiap sumber daya yang digunakan memberikan nilai tambah yang optimal terhadap peningkatan kualitas pelayanan dan pengalaman pasien.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Adanya program Service Excellent yang bisa meningkatkan perilaku pegawai dalam memberikan pelayanan.
 - b) Segera menindaklanjuti masukan maupun rekomendasi dari hasil survei.
 - c) Melakukan survei kepuasan pasien secara rutin setiap bulan dan menindaklanjuti rekomendasinya.
 - d) Indikator CSAT dimasukkan dalam indikator kinerja individu pegawai.

8) Prediksi/Proyeksi Tahun Berikutnya

Prediksi capaian indikator Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT) tahun akhir 2026 di atas 90.4%, bahkan melebihi 93.80%.

Adapun upaya untuk dapat mencapai proyeksi pada tahun depan yaitu;

- a) Menggunakan surveyor yang kredibel.
- b) Konsisten dalam feed back hasil IKM per bulan serta perbaikannya.
- c) Secara konsisten menerapkan budaya kerja SE di RSUP Surakarta.

d) Secara bertahap melengkapi kekurangan sarana pra sarana.

3. Sasaran Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian Yang Berkesinambungan

a. Persentase Pendapatan Yang Diperoleh Dari Semua Penelitian

Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian ini menggambarkan perbandingan antara pendapatan yang diperoleh dari seluruh aktivitas penelitian dengan total pendapatan operasional rumah sakit. Pendapatan operasional mencakup seluruh pendapatan dari pelayanan medis, baik untuk pasien JKN maupun non-JKN.

Pendapatan dari penelitian meliputi seluruh penerimaan yang terkait dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. Pencapaian target pendapatan dari aktivitas penelitian ditentukan berdasarkan pengelompokan rumah sakit sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022.

Berdasarkan regulasi tersebut, RSUP Surakarta termasuk dalam kategori rumah sakit satelit dengan target pendapatan dari penelitian sebesar 1% dari total pendapatan operasional setiap tahunnya.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian pada semester I tahun 2026 sebesar 0.04%. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 0.5%, capaian indikator pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian pada semester I tahun 2026 sebesar 0.03% belum mencapai target. Persentase ketercapaian indikator sebesar 8%.

Tabel 11. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0.5%	0.04%	8%	Tidak Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

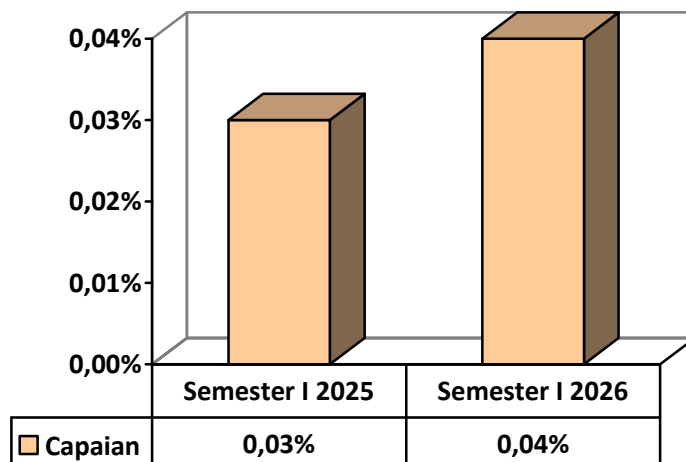
Apabila dibandingkan dengan capaian pada semester I tahun 2025 sebesar 0.03%, capaian pada semester I tahun 2026 yang sebesar 0.04% ini mengalami peningkatan sebesar 33.33%.

Tabel 12. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	0.03%	0.04%	33.33% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 5. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra) di mana targetnya adalah 1%, maka capaian indikator pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian belum mencapai target Renstra.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Tidak ada target/standar nasional sehingga tidak dapat dibandingkan.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Belum Semua Institusi Pendidikan yang Bekerjasama mengirimkan dosen/mahasiswanya untuk melakukan penelitian di RSUP Surakarta.
- Uji Visibilitas untuk tawaran uji klinik dari BB Binomika belum bisa dipenuhi karena kurangnya kasus yang masuk dalam kriteria yang diinginkan.
- Masih rendahnya minat Dokdiknis yang bekerjasama dengan UMS untuk melakukan penelitian.

- Kesiapan CRU yang masih perlu ditingkatkan baik dari sisi persyaratan SDM, SOP Uji Klinis dan Sarpras.
- Pelayanan perizinan penelitian masih manual.

b) Alternatif Solusi

- Melakukan Mapping Keaktifan dari Institusi Mitra Pendidikan dalam mengirim Peneliti
- Melaksanakan dan memantau tindak lanjut hasil evaluasi dengan mitra Pendidikan terkait dengan penelitian.
- Meningkatkan kompetensi SDM Peneliti dengan cara: Mengikutsertakan dokter spesialis dalam pelatihan GCP (Sarat mutlak bisa menjadi ketua penelitian klinis) dan Mengadakan Workshop bagi Tim CRU.
- Mengusulkan proposal penelitian hibah dokdiknis UMS.
- Melakukan kerjasama penelitian dengan BRIN.
- Melakukan penjajagan dengan industri obat dan alkes.
- Pengembangan Aplikasi Sistem Perizinan dan Monev Penelitian Online.
- Koordinasi dengan Ina CRC terkait peningkatan status Tim Etik menjadi
- Komisi Etik Penelitian

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indikator persentase pendapatan penelitian dibandingkan dengan target rumah sakit digunakan untuk mengukur efektivitas dan efisiensi pemanfaatan sumber daya dalam menghasilkan pendapatan melalui kegiatan penelitian, baik yang berasal dari hibah, kerja sama penelitian, sponsor industri, maupun uji klinis. Semakin tinggi capaian terhadap target yang telah ditetapkan, semakin optimal pemanfaatan sumber daya yang dimiliki rumah sakit.

Efisiensi penggunaan sumber daya pada indikator ini tercermin dari kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan penelitian tanpa peningkatan biaya operasional yang signifikan. Pemanfaatan sumber daya yang telah tersedia, seperti peneliti internal, Komite Etik, Clinical Research Unit (CRU), fasilitas laboratorium, ruang pelayanan, serta sistem administrasi penelitian yang terintegrasi, mampu meningkatkan produktivitas penelitian dengan biaya tambahan yang minimal. Pendekatan ini menghasilkan nilai tambah berupa peningkatan pendapatan non pelayanan sekaligus memperkuat fungsi rumah sakit sebagai wahana pendidikan dan penelitian.

Capaian indikator ini masih berada di bawah target, kondisi tersebut mengindikasikan masih terdapat peluang untuk meningkatkan efisiensi, terutama melalui optimalisasi kapasitas peneliti, percepatan proses

administrasi penelitian, peningkatan jumlah proposal yang diajukan, serta penguatan kerja sama dengan mitra penelitian.

Untuk meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya, rumah sakit perlu mengoptimalkan fungsi Clinical Research Unit sebagai pusat koordinasi penelitian, menyusun peta potensi penelitian unggulan sesuai layanan yang dimiliki, meningkatkan kompetensi peneliti dalam memperoleh pendanaan eksternal, mempercepat proses perizinan dan telaah etik, serta melakukan pemantauan secara berkala terhadap tahapan pelaksanaan penelitian, mulai dari proses pengajuan, pelaksanaan hingga pencairan pendapatan. pipeline penelitian hingga tahap pencairan pendapatan. Strategi tersebut memungkinkan setiap sumber daya yang dimiliki memberikan kontribusi maksimal terhadap pencapaian target pendapatan penelitian tanpa memerlukan penambahan investasi yang besar.

Dengan demikian, indikator persentase pendapatan penelitian dibandingkan dengan target rumah sakit tidak hanya menggambarkan keberhasilan memperoleh pendapatan, tetapi juga mencerminkan tingkat efisiensi pemanfaatan sumber daya organisasi dalam mendukung keberlanjutan penelitian, inovasi, dan pengembangan layanan rumah sakit.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Melakukan Mapping Keaktifan dari Institusi Mitra Pendidikan dalam mengirim Peneliti
 - b) Melaksanakan dan memantau tindak lanjut hasil evaluasi dengan mitra Pendidikan terkait dengan penelitian.
 - c) Meningkatkan kompetensi SDM Peneliti dengan cara: Mengikutsertakan dokter spesialis dalam pelatihan GCP (Sarat mutlak bisa menjadi ketua penelitian klinis) dan Mengadakan Workshop bagi Tim CRU.
 - d) Mengusulkan proposal penelitian hibah dokdiknis UMS.
 - e) Melakukan kerjasama penelitian dengan BRIN.
 - f) Melakukan penajagan dengan industri obat dan alkes.
 - g) Pengembangan Aplikasi Sistem Perizinan dan Monev Penelitian Online.
 - h) Koordinasi dengan Ina CRC terkait peningkatan status Tim Etik menjadi
 - i) Komisi Etik Penelitian

- 8) Prediksi/Proyeksi Tahun Berikutnya

Dengan upaya pemecahan dan implementasi strategi yang telah dipaparkan di atas, diprediksikan capaian pendapatan penelitian di tahun 2026 bisa di angka

minimal 175 juta atau 0,25 % dari target pendapatan. Adapun upaya yang dilakukan, yaitu:

- a) Secara konsisten melaksanakan strategi yang telah ditetapkan.
- b) Terus melakukan pembenahan CRU.
- c) Ekspansi kerjasama dengan pihak sponsor

4. Sasaran Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi

a. Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) adalah sebuah sistem informasi yang terintegrasi yang disiapkan untuk menangani keseluruhan proses manajemen Rumah Sakit, mulai dari pelayanan diagnosa dan tindakan untuk pasien, medical record, apotek, gudang farmasi, penagihan, database personalia, penggajian karyawan, proses akuntansi sampai dengan pengendalian oleh manajemen Sistem Informasi Manajemen (SIM) merupakan salah satu sumber daya organisasi untuk mendukung proses pengambilan keputusan pada berbagai tingkat manajemen, data dapat diolah menjadi informasi sesuai keperluan manajer sebagai pimpinan manajemen lini bawah, tengah dan atas. Agar informasi sesuai dengan keperluan manajemen dan manajer, maka haruslah dirancang suatu SIM yang baik, sehingga dapat digunakan sebagai pendukung pengambilan keputusan.

Definisi operasional dari indikator % penerapan sistem informasi Rumah Sakit (IHS) terintegrasi untuk seluruh layanan adalah Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan Back office.

Adapun indikator pengukuran mencakup lima komponen utama dengan bobot yang sama, yaitu masing-masing 20%, sebagai berikut:

- 1) Persentase integrasi Rekam Medis Elektronik (RME) ke platform SatuSehat
- 2) Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS
- 3) Persentase integrasi sistem inventory
- 4) Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS
- 5) Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS

Target indikator persentase penerapan sistem informasi rumah sakit pada tahun pertama (2025) sebesar 25%, tahun kedua (2026) sebesar 50%, tahun ketiga (2027) sebesar 75%, tahun keempat (2028) sebesar 90% dan tahun kelima (2029) sebesar 100%.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi atas pencapaian indikator persentase penerapan sistem informasi rumah sakit pada semester I tahun 2026 ini sebesar 50%, yaitu Sistem RME Terintegrasi Sistem Informasi Kesehatan Nasional Satu Sehat dan integrasi sistem pendaftaran rumah sakit dengan sistem antrian online BPJS serta system *inventory*. Apabila dibandingkan dengan target tahun 2026 yang ditetapkan sebesar 50%, capaian indikator persentase penerapan sistem informasi rumah sakit pada semester I tahun 2026 sebesar 50% artinya sudah mencapai target dengan persentase ketercapaiannya sebesar 100%.

Tabel 13. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	50%	50%	100%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

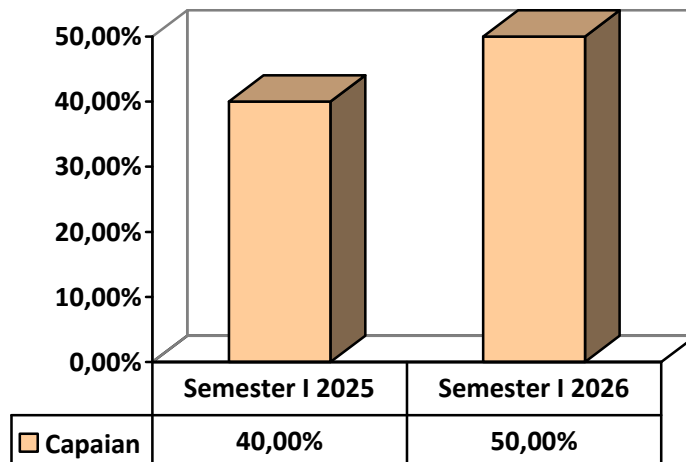
Apabila dibandingkan dengan pencapaian pada semester I tahun 2025 sebesar 40%, maka capaian indikator ini mengalami peningkatan sebesar 25% dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2026 yang sebesar 50%.

Tabel 14. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	40%	50%	25% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 6. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra) yang sebesar 100%, maka pencapaian indikator persentase penerapan sistem informasi rumah sakit belum mencapai target Renstra.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Indikator ini tidak ada standar nasionalnya, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan indikator nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Pembaruan jaringan internet dan perangkat keras server.
- Penyiapan mekanisme disaster recovery dan cadangan data.
- Pembentukan Helpdesk skala local ke nasional ERP untuk mendukung operasional dan penyelesaian kendala teknis di lapangan.
- Pelatihan intensif dan bersertifikat bagi pengguna sistem di level organisasi (administrator, operator, dan manajemen).
- Dilakukan evaluasi berkala dan audit sistem untuk memastikan implementasi berjalan sesuai dengan standar dan regulasi yang berlaku. Evaluasi mencakup aspek teknis, keamanan, kinerja, serta kepatuhan terhadap kebijakan pemerintah.
- Tidak akan tercapai target nilai capaian 50% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh layanan.

- b) Alternatif Solusi
 - Penyiapan anggaran 2027 untuk peningkatan kapasitas infrastruktur (penguatan jaringan server, media penyimpanan, sistem backup dan disaster recovery guna menjamin ketersediaan serta keandalan layanan SIMRS)
 - Menunjuk PIC yang bertanggungjawab untuk mengawal proses *Helpdesk*.
 - Menyusun TNA berkaitan aktivitas ERP.
 - Monev dan audit serta penyempurnaan sistem.
 - Penyajian Laporan SDM meliputi sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/pelayanan yang diberikan.
 - Melakukan koordinasi dan tindak lanjut persiapan koneksi ERP *system* sesuai arahan PIC Kemenkes.
- 6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan penerapan SIMRS yang terintegrasi akan berfokus pada:

 - a) Teknologi dapat memangkas pemborosan waktu, biaya, tenaga kerja, dan material
 - b) Menghilangkan banyak proses manual yang memakan waktu
 - c) Terjadi penghematan alat tulis kantor
 - d) Mempercepat alur pelayanan
 - e) Memangkas waktu tunggu layanan
 - f) Meningkatkan produktivitas SDM
 - g) Mengurangi beban/belanja operasional
 - h) Optimalisasi beban kerja SDM
 - i) Terjadi percepatan klaim asuransi
 - j) Meningkatkan kualitas layanan, kepuasan serta kepercayaan pelanggan
- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Mengomunikasikan dan mensosialisasikan manfaat SIMRS kepada seluruh pegawai
 - b) Meningkatkan kompetensi pegawai TIK dalam pelatihan integrasi SIMRS.
 - c) Meningkatkan kompetensi pegawai dalam hal pengoperasian SIMRS sesuai modul yang akan digunakan.
 - d) Menyelaraskan Standar Operasional Prosedur klinis dan administrasi dengan alur kerja digital yang baru.
 - e) Menyediakan jaringan *Wi-Fi* medis terisolasi dan sistem cadangan daya (UPS/Genset) untuk mencegah *downsystem* saat listrik padam.

- f) Menjamin rasio jumlah komputer/tablet sebanding dengan jumlah staf terutama staf medis.
- 8) Proyeksi Tahun Berikutnya
Proyeksi pada akhir tahun 2026 diperkirakan masih 50%. Sebagai tambahan informasi dalam proses tender ERP di lingkungan Kementerian Kesehatan diinformasikan mengalami kegagalan, sehingga secara *update timeline* menjadi mundur, sehingga potensi untuk jadwal RSUP Surakarta juga akan mundur menjadi 2029.

5. Sasaran Terwujudnya tata Kelola yang bersih dan akuntabel

a. BLU Maturity Rating (Tingkat Maturitas BLU)

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Pengukuran tingkat maturitas BLU memberikan gambaran menyeluruh terhadap capaian kinerja sekaligus mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan. Tingkat kualitas tata kelola dan kinerja tersebut diukur melalui BLU Maturity Rating. Penilaian tingkat maturitas BLU lebih dititikberatkan pada pertumbuhan dan rencana perbaikan untuk peningkatan kualitas layanan publik.

Pengukuran tingkat maturitas BLU dilakukan berdasarkan enam aspek utama, dengan menggunakan dua pendekatan, yaitu *Result-Based* dan *Process-Based*.

Pada semester I tahun 2026, realisasi capaian indikator tingkat maturitas BLU berada pada level 3,68. Nilai ini merujuk pada hasil tahun 2024 yang dilakukan penilaian pada tahun 2025 dan telah disetujui PPK BLU Kementerian Keuangan. Capaian masih menggunakan capaian nilai tahun 2025 karena berdasarkan Surat Edaran Direktur Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Nomor S-48/PB.5/2026 tanggal 12 Maret 2026 tentang hal Penundaan Pelaksanaan Self-Assessment BLU SMART dinyatakan bahwa Dalam rangka penyempurnaan pedoman penilaian tingkat maturitas BLU menuju format BLU Performance Report, Direktorat Pembinaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum saat ini sedang melakukan perubahan terhadap Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan dimaksud. Perubahan tersebut meliputi perluasan aspek penilaian dari sebelumnya berfokus pada tata kelola menjadi mencakup aspek kepatuhan (*compliance*), tata kelola (*governance*), dan kinerja (*performance*), penyelarasan indikator dengan peraturan terkait, pendalaman kriteria penilaian, serta pemutakhiran formulasi penilaian. Oleh karena itu, pelaksanaan penilaian tingkat maturitas BLU pada tahun 2026 atas kinerja tahun 2025 secara umum akan dilaksanakan setelah peraturan sebagaimana

dimaksud pada angka 2 ditetapkan dan proses penilaian maturitas akan dilakukan oleh pembina keuangan BLU. Sebanyak 304 BLU (termasuk RSUP Surakarta) yang telah memiliki rating maturitas pada tahun 2025 (BLU lama) sebagaimana tercantum dalam Lampiran I tidak diwajibkan untuk melakukan self assessment pada tahun 2026 dalam rangka penilaian maturitas atas kinerja tahun 2025. Walaupun penilaian secara resmi ditunda, RSUP Surakarta tetap melakukan pendokumentasian dan moneyv secara rutin.

Capaian semester I tahun 2026 sebesar 3.68 menunjukkan bahwa RSUP Surakarta berada pada Level *Defined*, yaitu telah mampu mendokumentasikan aktivitas secara standar dalam bentuk prosedur baku. Tingkatan maturitas BLU terdiri atas level 1 hingga level 5 (*optimizing*) sebagai tingkat tertinggi. Pada level ini, organisasi telah mencapai tahap kematangan penuh serta berorientasi pada inovasi dan perbaikan berkelanjutan dalam seluruh aspek tata kelola dan operasional.

Apabila dibandingkan dengan target tahun 2026 yaitu Level 3, capaian semester I tahun 2026 di mana sebesar 3.68 (level 3) artinya telah mencapai target, dengan persentase pencapaian sebesar 100%.

Tabel 15. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
BLU Maturity Rating	Level 3	3.68 (level 3)	100%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

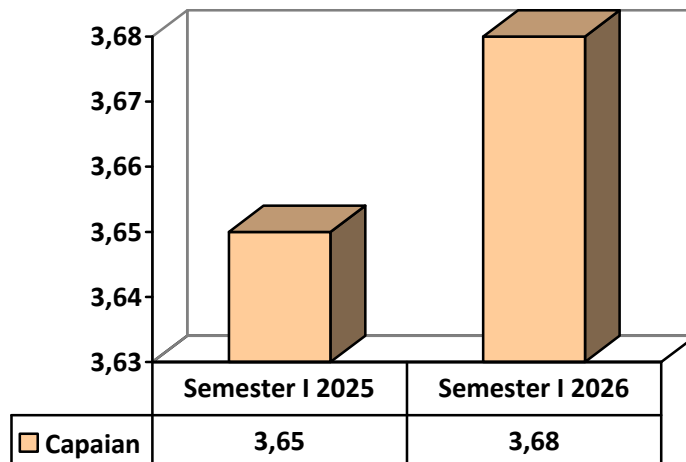
Apabila dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2025 yaitu pada level 3 dengan skor 3,65, terjadi peningkatan sebesar 0.82% di semester I tahun 2026 meskipun masih berada dalam kategori Level Defined (level 3).

Tabel 16. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
BLU Maturity Rating	3.65 (level 3)	3.68 (level 3)	0.82% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 7. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Namun demikian, apabila dibanding dengan target jangka menengah hingga akhir periode Renstra yaitu level 4 (*predictable*), maka capaian saat ini belum mencapai target yang ditetapkan dalam Renstra. Standar tertingginya adalah level 5 (*optimizing*) maka RSUP Surakarta masih perlu banyak perbaikan.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Tidak ada standar nasional sehingga tidak bisa dibandingkan.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

Dalam SOP yg dilampirkan belum mendefinisikan pengguna layanan yg dimaksud dalam proses pengembangan layanan. Ke depannya dalam menetapkan pedoman/SOP terkait pengembangan inovasi minimal BLU sudah mampu mengidentifikasi proses perencanaan inovasi, proses implementasi, evaluasi dan monitoring inovasi yg dikembangkan di BLU secara detail serta mendefinisikan keterlibatan pengguna jasa dalam alur penyusunan inovasi.

b) Alternatif Solusi

Diperlukan perbaruan SPO Nomor OT.02.02/MNJ/03/2021 tentang Pengembangan Inovasi Produk dan Layanan, dalam upaya optimalisasi keterlibatan dan peran pengguna layanan.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya di berkaitan erat dengan tingkat kematangan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU). Semakin tinggi tingkat kematangan

BLU, semakin baik kemampuan rumah sakit dalam mengelola sumber daya keuangan, sumber daya manusia, aset, serta proses bisnis secara efektif, efisien, transparan, dan akuntabel. Hal ini didukung oleh perencanaan berbasis kinerja, pengendalian internal, manajemen risiko, serta pemanfaatan teknologi informasi yang terintegrasi sehingga penggunaan sumber daya menjadi lebih optimal dan mendukung peningkatan mutu pelayanan.

Peningkatan kematangan pengelolaan BLU berdampak pada optimalisasi biaya operasional, peningkatan produktivitas layanan, pemanfaatan aset yang lebih maksimal, serta pengambilan keputusan yang lebih cepat dan berbasis data. Dengan demikian, efisiensi penggunaan sumber daya tidak hanya meningkatkan kinerja keuangan rumah sakit, tetapi juga mendukung pencapaian indikator kinerja organisasi, peningkatan kualitas pelayanan, kepuasan masyarakat, serta terwujudnya tata kelola rumah sakit yang profesional, adaptif, dan berkelanjutan.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan
 - a) Melakukan monitoring dan evaluasi atas kinerja dari seluruh aspek.
 - b) Terus berupaya untuk melakukan integrasi SIMRS.
 - c) Melakukan penguatan manajemen risiko
 - d) Melakukan pemanfaatan *idle cash*.
 - e) Terus berupaya melakukan pengembangan dan perbaikan tata kelola di segala aspek
- 8) Proyeksi Tahun Berikutnya
 Pada akhir tahun 2026 diproyeksikan akan tetap 3.68 karena belum ada penilaian.

b. Nilai SAKIP RSUP Surakarta

- 1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini
 Nilai SAKIP yang dipakai untuk capaian semester I tahun 2026 adalah nilai SAKIP tahun 2025, yaitu sebesar 83. Apabila dibandingkan dengan target nilai SAKIP tahun 2026, maka telah mencapai target.

Tabel 17. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Nilai SAKIP	83	83	100%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

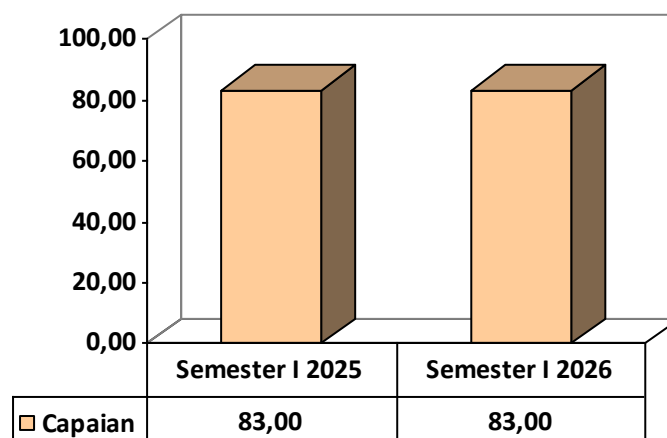
Apabila dibandingkan dengan nilai SAKIP pada semester I tahun 2025 yang artinya adalah menggunakan nilai SAKIP tahun 2024 sebesar 83, maka capaian indikator nilai SAKIP semester I tahun 2026 tetap sama seperti tahun lalu.

Tabel 18. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Nilai SAKIP	83	83	0% (Tetap)

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 8. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator Nilai SAKIP merupakan indikator tambahan yang muncul di tahun 2026 dan belum ada penetapan untuk target jangka menengah.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Berdasarkan PermenpanRB RI Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang memuat predikat nilai SAKIP AA (>90-100); A (>80-90); BB (>70-80); B (>60-70); CC (>50-60); C (>30-50); D (>0-30), maka capaian semester I tahun 2026 sebesar 83 ini masih berada di nilai A.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Adanya ketidaktercapaian indikator renstra yang akan berpengaruh pada hasil penilaian SAKIP.
- Inovasi baru sebatas “dapat dihargai”.

- b) Alternatif Solusi
 - Mempromosikan layanan di RSUP Surakarta dan membuka kerjasama untuk meningkatkan pendapatan non JKN agar semua di renstra baik indikator keuangan, layanan, SDM, tata Kelola dapat tercapai.
 - Berupaya membangun inovasi yang dapat menjadi percontohan nasional.
- 6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dengan penerapan inovasi sebagai salah satu komponen penilaian SAKIP, maka terdapat efisiensi penggunaan sumber daya yaitu dengan meminimalkan penggunaan SDM, ATK, uang, waktu, dan tenaga untuk memperoleh pendapatan, meningkatkan kunjungan, mempersingkat waktu tunggu pelayanan, mempersingkat alur.
- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan
 - a) Target berorientasi pada kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan efisiensi biaya.
 - b) Data indikator ditarik otomatis secara *real-time* dari sistem digital (SIMRS/SatuSehat)
 - c) Menyajikan analisis mendalam terkait efisiensi biaya pelayanan, kendala di lapangan, dan solusinya.
 - d) Hasil capaian kinerja menjadi dasar re-alokasi anggaran dan rotasi kepemimpinan unit
- 8) Prediksi/Proyeksi Tahun Berikutnya (tambah tabel dan grafik juga

Untuk akhir tahun 2026 diprediksi akan mencapai nilai 83 karena masih sulitnya menyusun inovasi yang bisa menjadi percontohan nasional.

6. Sasaran Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien

a. *Bed Occupancy Rate/ BOR*

BOR merupakan perhitungan persentase pemakaian tempat tidur pada periode waktu tertentu. BOR mencerminkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit. Hal ini sejalan dengan permintaan layanan pada suatu rumah sakit. BOR yang tinggi (>85%) menandakan tingkat okupansi yang tinggi menandakan tempat tidur banyak digunakan. Hal ini dapat diartikan pelayanan yang dilakukan efektif, tetapi apabila BOR terlalu tinggi dapat mendakan kapasitas yang melebihi batas. Nilai BOR yang ideal menurut WHO sebesar 60%-85%.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Pencapaian nilai BOR semester I tahun 2026 sebesar 56.60%. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 70%, capaian indikator

BOR pada semester I tahun 2026 sebesar 56.60% belum mencapai target. Persentase ketercapaian indikator sebesar 80.86%.

Tabel 19. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Bed Occupancy Rate/ BOR	70%	56.60%	80.86%	Tidak Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

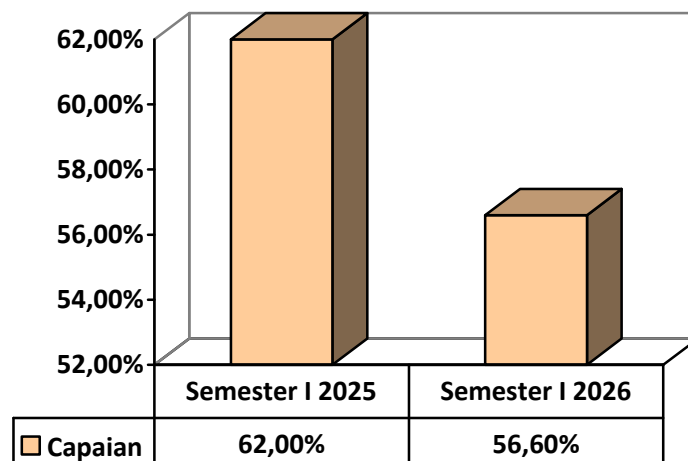
Pada semester I tahun 2025 indikator BOR mencapai 62% dimana terjadi penurunan sebesar 8.71% bila dibanding capaian semester I tahun 2026 yang sebesar 56.60%.

Tabel 20. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	% Naik (Turun)
Bed Occupancy Rate/ BOR	62%	56.60%	-8.71% (turun)

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 9. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

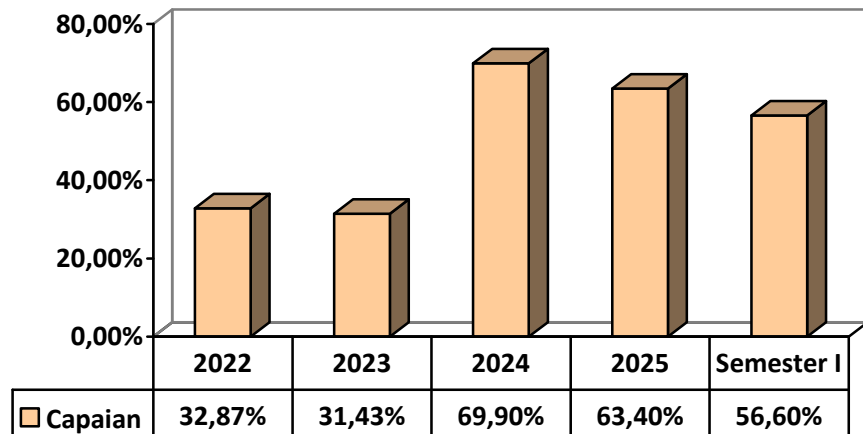
Berikut adalah tren Bed Occupancy Rate/ BOR dari tahun 2022 sampai semester I tahun 2026.

Tabel 21. Tren BOR Tahun 2022 Sampai Semester I Tahun 2026

Indikator	2022	2023	2024	2025	Semester I 2026
Bed Occupancy Rate/ BOR	32.87%	31.43%	69.9%	63.40%	56.60%

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 10. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa BOR semakin meningkat dari tahun 2022 hingga 2024, tetapi menurun di tahun 2025 hingga semester I tahun 2026.

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibanding dengan target jangka menengah (sampai akhir Renstra yang sebesar 70%), maka pencapaian indikator BOR belum mencapai target Renstra.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Apabila dibandingkan dengan indikator nasional, capaian BOR 56.60% ini termasuk kategori ideal (60%-85%).

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Pada beberapa periode TT rawat inap non infeksius telah mencapai kapasitas penuh, sementara ketersediaan TT di ruang rawat inap infeksius masih belum termanfaatkan secara optimal.
- Ketersediaan dokter Spesialis BTKV saat ini msh menjadi tantangan karena dokter SpBTKV yang sebelumnya bertugas mengalami sakit dalam jangka waktu yang cukup lama hingga akhirnya meninggal dunia, dan belum ada dokter pengganti.
- Penerapan kebijakan BPJS Kesehatan yang membatasi kriteria pelayanan pada beberapa aspek, antara lain pengelolaan 144 diagnosis penyakit yang menjadi kompetensi FKTP, pengaturan kunjungan berulang serta rujukan internal di rumah sakit.
- Spesialisasi yang belum lengkap
- Beberapa dokter spesialis sedang melakukan studi

b) Alternatif Solusi

- Melakukan evaluasi dan penataan kembali alokasi tempat tidur rawat inap infeksius dan non infeksius.
- Penguatan koordinasi dengan FKTP dalam sistem rujukan berjenjang.
- Melakukan pengaturan jadwal kontrol pasien secara lebih selektif sesuai indikasi medis dan meningkatkan justifikasi klinis untuk kontrol dan rujukan internal antar spesialis.
- Melakukan upaya pemenuhan kebutuhan SDM Spesialis dengan mencari dan mengupayakan dokter Spesialis pengganti agar pelayanan dapat kembali optimal.
- Mempercepat proses pemulangan pasien rawat inap <60 menit sejak pasien dinyatakan boleh pulang
- Meningkatkan keramahan, profesionalisme dan budaya pelayanan prima petugas untuk meningkatkan kepuasan pasien serta meminimalkan keluhan terkait pelayanan.
- Mengoptimalkan ruang transit
- Melakukan evaluasi berkala terhadap tren BOR per unit pelayanan, jenis kasus sebagai dasar penyusunan strategi peningkatan utilisasi TT yang lebih tepat sasaran

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya di RSUP Surakarta belum optimal, yang tercermin dari capaian **Bed Occupancy Rate (BOR)** yang masih berada di bawah target. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keterbatasan kapasitas tempat tidur, penataan (mapping) ruang rawat inap infeksius yang memengaruhi utilisasi tempat tidur, berkurangnya kapasitas pelayanan akibat belum adanya pengganti dokter spesialis Bedah Toraks, Kardiak, dan Vaskular (BTKV), serta beberapa dokter spesialis yang sedang menempuh pendidikan. Selain itu, kebijakan BPJS Kesehatan terkait sistem zonasi rujukan dan persyaratan klaim yang semakin ketat turut menyebabkan penurunan jumlah pasien rawat inap.

Meskipun demikian, rumah sakit terus mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya yang tersedia melalui pengaturan kapasitas pelayanan, penyesuaian distribusi tempat tidur, optimalisasi layanan pada spesialisasi yang tersedia, serta penguatan jejaring rujukan dan pemasaran layanan unggulan. Ke depan, efisiensi penggunaan sumber daya diharapkan meningkat seiring dengan pemenuhan kebutuhan dokter spesialis, pengembangan layanan prioritas,

penambahan kapasitas tempat tidur sesuai kebutuhan, dan penyesuaian strategi pelayanan terhadap kebijakan BPJS Kesehatan, sehingga utilisasi sumber daya dapat lebih optimal dan mendukung peningkatan kinerja pelayanan rumah sakit.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Mengintegrasikan SIMRS dengan sistem pelaporan ketersediaan kamar yang dapat diakses langsung oleh IGD, poliklinik, dan publik
 - b) Strategi alokasi tempat tidur lintas ruang
 - c) Mempercepat perputaran TT terutama untuk pasien yang tidak memiliki indikasi penyakit yang harus memerlukan perawatan serius dan lama
- 8) Proyeksi Tahun Berikutnya

Pada akhir tahun 2026 diharapkan capaian BOR akan mencapai 70%. Upaya yang dilakukan, yaitu: mengembangkan layanan, meningkatkan kualitas layanan, menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan seperti klinik, dan mengoptimalkan TT.

7. Sasaran Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten

a. *Healthcare Associated Infections (HAIs) rate*

Berdasarkan Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*, HAIs didefinisikan sebagai infeksi yang didapat pasien selama menjalani pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan, yang tidak ditemukan atau belum dalam masa inkubasi pada saat pasien masuk rumah sakit. HAIs bukan merupakan infeksi yang dibawa dari luar, melainkan terjadi selama atau setelah pasien menjalani rawat inap atau tindakan medis. Selain pada pasien, infeksi ini juga dapat terjadi pada tenaga kesehatan akibat kontak langsung dengan pasien atau lingkungan kerja yang terkontaminasi. Terdapat berbagai indikator yang digunakan untuk mengukur HAIs. Namun, sesuai dengan perjanjian kinerja, terdapat 4 indikator utama HAIs yang wajib diukur secara rutin, yaitu: (1) CAUTI (*Catheter Associated Urinary Tract Infection*), (2) VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*) (3) CLABSI (*Central Line Associated Blood Stream Infection*) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU, dan (4) SSI (*Surgical Site Infection*) - dengan jenis tindakan operasi di rumah sakit: Bedah Orthopedi (ORIF atau *Total Hip Replecement*), Seksio Sesaria, Apendektomi, Herniotomi, Katarak, CABG, dan Tumor Jinak Payudara. Target keempat indikator tersebut harus mencapai standar dan dianggap 100% tercapai untuk keempatnya. Target indikator HAIs yang tercantum pada Renstra selaras dengan standar nasional yang ditetapkan.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi capaian indikator HAIs yang meliputi: CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI pada semester I tahun 2026 masing-masing sebesar <1 %.

Berdasarkan capaian keempat indikator tersebut maka capaian HAIs sebesar 100% untuk semester I tahun 2026. Apabila dibandingkan dengan target 2026 sebesar 100%, keempat indikator HAIs yang meliputi: CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI pada semester I tahun 2025 masing-masing sebesar <1% sehingga capaiannya adalah 100%, dapat ditarik kesimpulan bahwa indikator HAIs telah mencapai target dengan persentase ketercapaian indikator sebesar 100%.

Tabel 22. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Healthcare Associated Infections (HAIs) rate	100%	100%	100%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Keperawatan RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

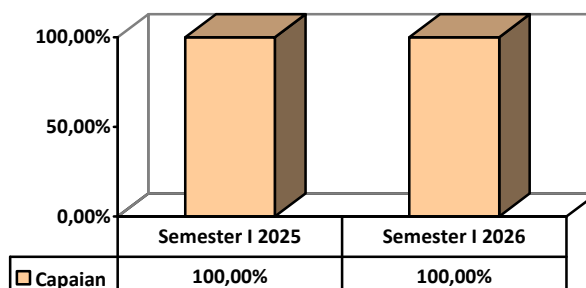
Apabila dibandingkan dengan capaian HAIs semester I tahun 2025 dimana CAUTI:0%, CLABSI:0%, VAP:0%, IDO:0% 100% yang artinya tercapai 100%, maka capaian dari semester I tahun 2025 ke semester I tahun 2026 adalah sama atau konsisten 100%.

Tabel 23. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	% Naik (Turun)
Healthcare Associated Infections (HAIs) rate	100%	100%	0% (tetap)

Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Keperawatan RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 11. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Keperawatan RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target target jangka menengah Renstra sebesar 1% atau 100% untuk keempat indikator, maka capaian indikator HAls pada semester I tahun 2026 ini telah mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Apabila dibandingkan dengan target nasional sebesar 1%, maka capaian indikator HAls pada semester I tahun 2026 ini telah memenuhi target.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Belum mempunyai system yang baik untuk pemantauan

b) Alternatif Solusi

- Penguatan Tim kerja PPI
- Meningkatkan pelaksanaan Bundle HAls
- Penguatan peran serta TIM IPCLN
- Refres petugas IPCLN

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Capaian indikator *Healthcare Associated Infections* (HAls) di RSUP Surakarta secara konsisten memenuhi target untuk seluruh parameter yang dipantau, yaitu CAUTI, VAP, CLABSI, dan SSI. Pencapaian ini menunjukkan bahwa sumber daya yang tersedia, meliputi tenaga kesehatan, sarana prasarana, alat kesehatan, serta penerapan prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), telah dimanfaatkan secara efektif dan efisien. Selain didukung oleh kepatuhan petugas terhadap standar PPI, capaian tersebut juga dipengaruhi oleh jumlah pasien dan kompleksitas pelayanan yang masih relatif lebih rendah dibandingkan rumah sakit dengan volume pelayanan yang lebih tinggi, sehingga pengendalian risiko infeksi dapat dilaksanakan secara optimal.

7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan Keberhasilan pencapaian indikator HAls didukung oleh

a) Implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang berjalan secara konsisten, antara lain melalui penerapan kewaspadaan standar, kepatuhan kebersihan tangan, surveilans HAls, audit kepatuhan terhadap prosedur klinis, sterilisasi alat kesehatan, pengelolaan lingkungan pelayanan, serta pembinaan dan pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan.

b) Monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara rutin oleh Tim PPI memungkinkan setiap potensi risiko infeksi segera diidentifikasi dan ditindaklanjuti.

8) Proyeksi Tahun Berikutnya

Proyeksi capaian pada akhir tahun 2026 sebesar 100%.

b. Pasien Stroke Iskemik *Length of Stay* LOS < 7 hari

Indikator ini merupakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih rumah sakit. Indikator pasien stroke iskemik LOS <7 hari dipilih karena merupakan bagian dari pelayanan kanker, jantung, syarat dan urologi (KJSU) yang harus menjadi perhatian utama seluruh rumah sakit vertikal kementerian kesehatan. Indikator pasien stroke iskemik LOS <7 hari mencerminkan efisiensi, mutu tata laksana stroke dan efektivitas manajemen rumah sakit dalam memberikan perawatan akut tanpa memperpanjang rawat inap yang tidak perlu.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi capaian indikator pasien stroke iskemik LOS <7 hari pada semester I tahun 2026 sebesar 98%. Apabila dibandingkan dengan target sebesar $\geq 80\%$, capaian indikator pasien stroke iskemik LOS <7 hari sebesar 98% ini sudah mencapai target. Persentase ketercapaian indikator sebesar 122.50%.

Tabel 24. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Pasien stroke iskemik LOS < 7 hari	$\geq 80\%$	98%	122.50%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Medik RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

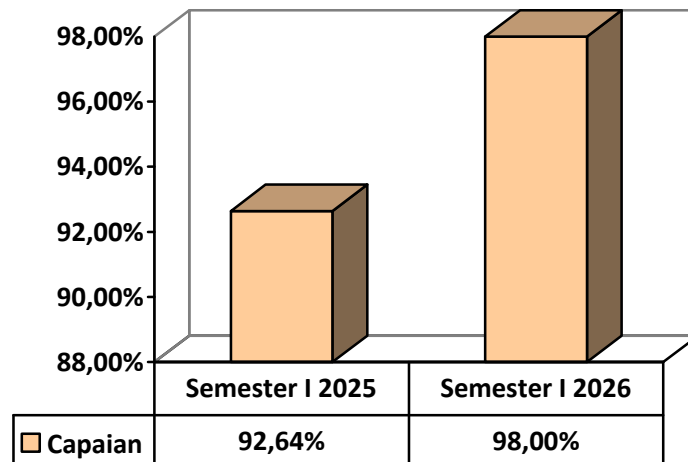
Capaian pada semester I tahun 2026 sebesar 98% mengalami peningkatan sebesar 5.79% dibandingkan capaian semester I tahun 2025 yang sebesar 92.64%.

Tabel 25. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	% Naik (Turun)
Pasien stroke iskemik LOS < 7 hari	92.64%	98%	5.79% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Medik RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 12. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Medik RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah akhir tahun renstra sebesar 80%, maka capaian indikator pasien stroke iskemik LOS <7 hari pada semester I tahun 2026 yang sebesar 98% ini sudah mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Indikator ini tidak ada standar nasionalnya, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan indikator nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang dihadapi

- Beberapa pasien stroke yang dirawat dalam kondisi komorbid berat sehingga meningkatkan angka kematian pasien

b) Alternatif Solusi

- Meningkatkan kompetensi SDM yang menangani pasien sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi
- Memaksimalkan ruangan monitoring di rawat inap

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indikator **Length of Stay (LOS) < 7 hari pada pasien stroke iskemik** di RSUP Surakarta secara konsisten mencapai target. Capaian tersebut menunjukkan bahwa pemanfaatan sumber daya rumah sakit, meliputi tenaga kesehatan, tempat tidur, dan fasilitas pelayanan, telah berjalan secara efisien sehingga pasien dapat memperoleh tata laksana sesuai standar dan dipulangkan tepat waktu. Namun demikian, capaian ini juga dipengaruhi oleh karakteristik pasien yang sebagian besar merupakan kasus stroke dengan tingkat keparahan ringan

serta jumlah pasien yang relatif sedikit. Untuk kasus stroke yang memerlukan pelayanan lebih komprehensif, rumah sakit menerapkan sistem rujukan sesuai indikasi medis. Namun demikian, bagi pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berdasarkan ketentuan pemetaan (mapping) rujukan BPJS Kesehatan menjadi kewenangan RSUP Surakarta, maka rumah sakit harus tetap memberikan pelayanan meskipun kondisi pasien tergolong berat dengan berbagai komorbid. Kondisi tersebut berpotensi meningkatkan lama rawat pada kasus tertentu sehingga diperlukan pengelolaan sumber daya yang optimal supaya efisiensi pelayanan tetap terjaga.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Keberhasilan pencapaian indikator LOS didukung oleh:
 - a) Penerapan alur pelayanan stroke yang sesuai pedoman klinis,
 - b) Koordinasi multidisiplin antar spesialis maupun sub spesialis,
 - c) Percepatan pemeriksaan diagnostik dan terapi,
 - d) Evaluasi harian terhadap kesiapan pasien untuk pulang.
 - e) Penerapan sistem rujukan yang sesuai indikasi medis membantu memastikan pasien memperoleh pelayanan sesuai kompetensi dan kapasitas rumah sakit.
 - f) Meningkatkan kompetensi SDM,
 - g) Memperkuat layanan neurologi,
 - h) Melengkapi sarana dan prasarana serta alat kesehatan,
 - i) Mengoptimalkan koordinasi rujukan dan manajemen kasus agar mutu pelayanan dan efisiensi penggunaan sumber daya tetap terjaga.
- 8) Proyeksi Periode Berikutnya
Capaian pada akhir tahun 2026 diperkirakan $\geq 90\%$. Adapun upaya untuk mencapai, yaitu percepatan penegakan diagnosis, ketepatan terapi reperfusi pada fase akut, dan manajemen komplikasi yang agresif menerapkan panduan praktik klinis stroke iskemik secara disiplin untuk mengeliminasi variasi pelayanan medis yang tidak perlu.

c. Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)

Indikator ini merupakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih rumah sakit. Kegunaan utama indikator Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO) adalah untuk mengevaluasi efektivitas program penanggulangan TB, memantau kepatuhan pasien, dan mencegah terjadinya resistensi obat (TB-RO). Indikator ini menjadi kompas bagi tenaga

kesehatan dan pengambil kebijakan untuk memastikan bahwa intervensi medis yang diberikan berjalan dengan optimal.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi capaian Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO) pada semester I tahun 2026 ini sebesar 88.83%. Apabila dibandingkan dengan target sebesar $\geq 75\%$, capaian indikator pasien Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO) sebesar 88.83% ini sudah melampaui target. Persentase ketercapaian indikator sebesar 118.44%.

Tabel 26. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	$\geq 75\%$	88.83%	118.44%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker Pelayanan Medik RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

Indikator Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO) merupakan indikator yang baru ditambahkan pada tahun 2026, sehingga tidak bisa dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO) merupakan indikator yang baru ditambahkan pada tahun 2026 dan belum ada penetapan target jangka menengah.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Indikator ini tidak ada standar nasionalnya, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan indikator nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang dihadapi

- Tingginya angka putus berobat
- Ketidapatuhan pasien dalam berobat
- Kurangnya edukasi dan konseling berkala

b) Alternatif Solusi

- Memberikan edukasi sejak hari pertama mengenai efek samping yang mungkin muncul
- Mengaktifkan Kembali reminder system untuk kontrol dan minum obat bagi pasien

- *Home visit* bagi pasien yang tidak rutin kontrol
 - Memaksimalkan konseling pasien TB SO
- 6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya
- Indikator **Keberhasilan Pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)** di RSUP Surakarta telah mencapai target yang ditetapkan. Pencapaian ini menunjukkan bahwa sumber daya yang tersedia, meliputi tenaga kesehatan, obat antituberkulosis, sarana diagnostik, dan sistem pemantauan pengobatan, dimanfaatkan secara efektif dalam mendukung keberhasilan terapi pasien. Namun demikian, capaian tersebut juga dipengaruhi oleh perubahan kebijakan pelayanan tuberkulosis, yaitu pengembalian pasien TB yang telah stabil ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sesuai sistem jejaring layanan TB. Kebijakan ini menyebabkan jumlah pasien TB yang menjalani pengobatan lanjutan di RSUP Surakarta menurun sehingga pemantauan pengobatan dapat dilakukan secara lebih optimal terhadap pasien yang masih menjalani perawatan di rumah sakit.
- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Keberhasilan pencapaian indikator didukung oleh:
- a) Penerapan strategi penanggulangan TB sesuai pedoman nasional, meliputi penegakan diagnosis yang tepat, pemberian terapi sesuai standar, pemantauan kepatuhan minum obat, edukasi pasien dan keluarga, pencatatan dan pelaporan melalui sistem informasi tuberkulosis (SITB),
 - b) Koordinasi yang baik dengan jejaring layanan TB, khususnya FKTP, dalam pelaksanaan rujuk balik pasien yang telah stabil.
- 8) Proyeksi Tahun Berikutnya
- Pada akhir tahun 2026 diharapkan tetap tercapai 88%. Adapun upaya yang dilakukan salah satunya adalah memaksimalkan konseling pasien TB SO serta pemberian edukasi pasien beserta keluarganya.

8. Sasaran Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan

a. 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).

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi indikator persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS pada semester I tahun 2026 tercatat sebesar 20%. Apabila dibandingkan dengan target tahunan sebesar 20%, capaian semester I tahun 2026 telah mencapai target.

Tabel 27. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	20%	20%	100%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

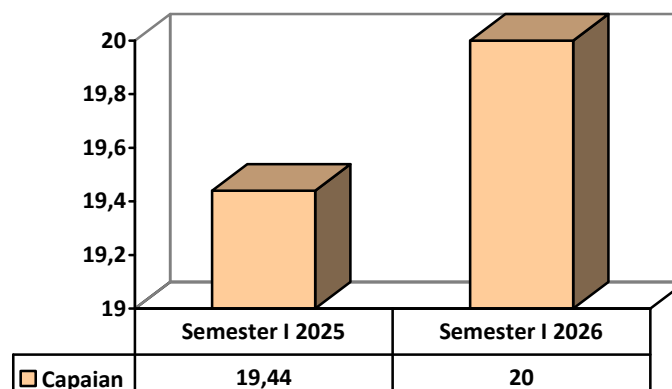
Apabila dibandingkan dengan realisasi semester I tahun 2025 sebesar 19.44%, maka terdapat peningkatan sebesar 2.88% karena capaian semester I tahun 2026 sebesar 20%.

Tabel 28. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	19.44%	20%	2.88% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 13. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (akhir tahun renstra) sebesar 50% maka capaian semester I tahun 2026 sebesar 20% masih belum mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Indikator ini tidak ada standar nasionalnya, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan indikator nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang dihadapi

- Kurangnya promosi layanan eksekutif, sehingga masyarakat belum mengetahui secara luas pilihan layanan non-JKN yang tersedia
- Penampilan dan citra rumah sakit belum mampu menarik segmen pasien dari kalangan menengah ke atas
- Pasien dengan penjaminan asuransi swasta belum maksimal

b) Alternatif Solusi

- Pengautan layanan MCU
- Mengoptimalkan layanan klinik eksekutif sebagai *entry point* untuk menarik pasien non-JKN
- Meningkatkan kegiatan *branding* dan marketing strategis
- Memaksimalkan paket pemeriksaan kesehatan dengan harga kompetitif dan manfaat jelas
- Membangun kemitraan dengan perusahaan swasta, asuransi komersial dan instansi lain dalam bentuk layanan kesehatan korporat
- Memfollowup kerjasama kemitraan yang telah terjalin
- Meningkatkan mutu layanan dan kenyamanan agar memberikan nilai tambah bagi pasien yang memilih layanan non-JKN

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Peningkatan pendapatan non Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan salah satu upaya untuk memperkuat kemandirian keuangan rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU). Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan melalui optimalisasi pemanfaatan sumber daya manusia, fasilitas pelayanan, peralatan medis, dan aset rumah sakit untuk meningkatkan pendapatan non-JKN tanpa memerlukan investasi yang besar. Upaya tersebut dilaksanakan dengan mengoptimalkan layanan unggulan, meningkatkan utilisasi layanan penunjang, memperluas pelayanan Medical Check Up (MCU), mengembangkan kerja sama dengan perusahaan, asuransi komersial, dan instansi pemerintah,

serta memanfaatkan aset rumah sakit secara produktif sesuai ketentuan yang berlaku.

Efisiensi penggunaan sumber daya juga didukung dengan penguatan pemasaran layanan, digitalisasi proses pelayanan, peningkatan kualitas pelayanan, serta pengembangan inovasi layanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Melalui strategi tersebut diharapkan utilisasi kapasitas pelayanan yang masih tersedia dapat meningkat, pendapatan non-JKN bertambah, ketergantungan terhadap pendapatan JKN berkurang, dan keberlanjutan kinerja keuangan rumah sakit sebagai BLU dapat semakin terjaga tanpa mengurangi mutu pelayanan kepada masyarakat.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Membangun kerjasama dengan CPMI (Calon Pekerja Migran Indonesia) yang akan dimulai bulan Juli 2026
 - b) Membangun kerjasama dengan MCU Pelaut yang telah dimulai tahun 2026
 - c) Memperkuat layanan MCU
 - d) Memperluas kerjasama dengan instansi baik swasta maupun pemerintah
 - e) Mengembangkan layanan unggulan, layanan estetika dan wellness (Skin care, anti-aging, fisioterapi olahraga)
 - f) Mengoptimalkan klinik eksekutif/VIP Clinic
 - g) Meningkatkan kerjasama dengan perusahaan asuransi
 - h) Mengoptimalkan fungsi marketing yang sudah berjalan serta mengembangkan digital marketing
 - i) Mengembangkan layanan telemedicine
 - j) Optimalisasi pemanfaatan asset
 - k) Mengembangkan pendidikan dan pelatihan bagi mahasiswa dan tenaga kesehatan (workshop, seminar, pelatihan tenaga kesehatan)

8) Proyeksi Tahun Berikutnya

Pada akhir tahun 2026 diperkirakan akan tercapai $\geq 20\%$. Upaya yang perlu dilakukan antara lain:

- a) Membangun kerjasama dengan CPMI (Calon Pekerja Migran Indonesia) yang akan dimulai bulan Juli 2026
- b) Membangun kerjasama dengan MCU Pelaut yang telah dimulai tahun 2026
- c) Memperkuat layanan MCU
- d) Memperluas kerjasama dengan instansi baik swasta maupun pemerintah

b. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Survei kepuasan pegawai dilaksanakan mengacu pada prosedur pelaksanaan survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PANRB No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Responden survei adalah seluruh pegawai rumah sakit dan pengumpulan data dilakukan melalui masing-masing direktorat rumah sakit. Metode pengukuran menggunakan skala Likert dengan rentang nilai 1 hingga 4 pada setiap pertanyaan. Pelaksanaan survei dapat dilakukan melalui dengan tatap muka, wawancara atau survei secara elektronik (*e-Survey*) dan diselenggarakan oleh pihak eksternal yang independen. Survei pegawai ini mencakup 8 unsur kepuasan pegawai, yaitu: lingkungan kerja, hubungan dengan atasan, penghargaan dan pengukuran, kesempatan pengembangan karier, gaji dan kompensasi, keseimbangan kerja dan kehidupan, komunikasi dalam rumah sakit, serta budaya organisasi rumah sakit.

Secara khusus, belum ada standar nasional yang ditetapkan untuk pengukuran tingkat kepuasan pegawai di rumah sakit atau instansi publik lainnya, tetapi kategori interpretasi nilai kepuasan berdasarkan Permen PANRB Nomor 14/2017 digunakan secara nasional dan seragam oleh instansi pemerintah, dimana nilai >88,3% umumnya dianggap sangat puas.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi capaian indikator tingkat kepuasan pegawai pada semester I tahun 2026 masih menggunakan hasil survei tahun 2025 yaitu sebesar 82.63 di mana capaian tersebut telah mencapai target yang ditentukan yaitu sebesar 78 dengan persentase ketercapaian sebesar 105.94%.

Tabel 29. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	82.63	105.94	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

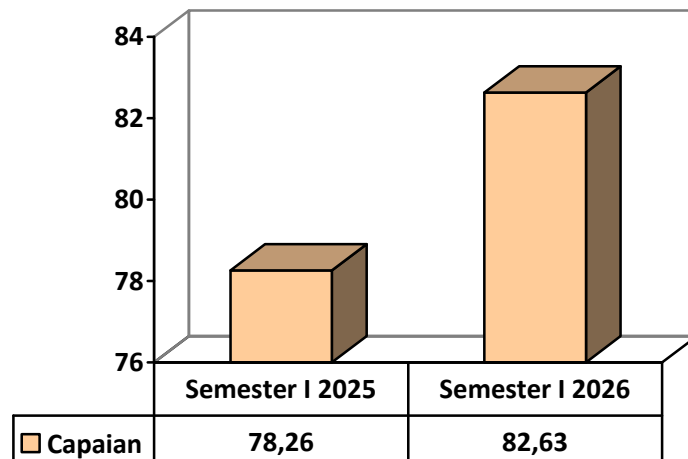
Apabila dibandingkan dengan capaian semester I tahun 2025 sebesar 78.26, maka capaian semester I tahun 2026 lebih tinggi, di mana terjadi peningkatan sebesar 5.58%. Apabila dibandingkan dengan capaian akhir tahun 2025, maka tidak bisa dibandingkan karena masih menggunakan angka yang sama di tahun sebelumnya.

Tabel 30. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78.26	82.63	5.58% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 14. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (akhir tahun renstra) dalam kategori sangat puas (>88.3%), capaian semester I tahun 2026 sebesar 82.63% belum mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Apabila dibandingkan dengan target nasional sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PANRB No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat dalam kategori sangat puas (>88.3%), capaian semester I tahun 2026 sebesar 82.63% belum mencapai target.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

Untuk survei kepuasan pegawai direncanakan pada triwulan III tahun 2026. Sambil menunggu survei dilaksanakan, RSUP Surakarta melakukan pemantauan tindak lanjut survei kepuasan pegawai. Tindak lanjut survei kepuasan pelanggan sampai dengan semester I 2026 sudah 100%, ada 1 nilai yang rendah (C), yaitu unsur keseimbangan kerja dengan kehidupan. Sudah dilakukan tindak lanjut berupa pembukaan layanan konseling pegawai, menerapkan cuti

bersama sesuai aturan SKB 3 menteri, memberikan fasilitas previlage bagi pegawai RSUP Surakarta yang berobat ke RSUP Surakarta.

a) Permasalahan yang dihadapi

- Rendahnya partisipasi pegawai dalam kegiatan survei

b) Alternatif Solusi

- Menindaklanjuti hasil survei tahun lalu.
- Survei dilaksanakan dengan memanfaatkan jasa pihak ketiga dengan model tatap muka dengan indikator yang lebih detail.
- Melakukan sosialisasi kepada seluruh pegawai akan pentingnya survei kepuasan pegawai.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan sumber daya pada indikator ini tercermin dari kemampuan rumah sakit meningkatkan kepuasan pegawai melalui optimalisasi kebijakan dan proses kerja tanpa harus menambah biaya operasional secara signifikan. Pemanfaatan program komunikasi internal, pengembangan kompetensi berbasis kebutuhan, sistem penghargaan dan apresiasi, digitalisasi layanan kepegawaian, serta penyederhanaan proses administrasi mampu meningkatkan pengalaman pegawai dengan memanfaatkan sumber daya yang telah tersedia. Capaian kepuasan pegawai memenuhi atau melampaui target, hal tersebut menunjukkan bahwa investasi organisasi dalam pengelolaan SDM telah memberikan manfaat yang optimal. Tingginya kepuasan pegawai umumnya berdampak pada meningkatnya produktivitas, loyalitas, keterlibatan (*employee engagement*), kualitas pelayanan kepada pasien, serta menurunnya tingkat absensi dan *turnover*. Dengan demikian, biaya yang dikeluarkan untuk pengelolaan SDM memberikan nilai tambah yang lebih besar dibandingkan sumber daya yang digunakan.

Untuk meningkatkan efisiensi secara berkelanjutan, rumah sakit perlu melakukan survei kepuasan pegawai secara berkala, menganalisis hasil survei berdasarkan unit kerja, menyusun rencana tindak lanjut terhadap area yang memerlukan perbaikan, serta memonitor implementasi perbaikannya. Pendekatan berbasis data ini memastikan setiap program pengembangan SDM memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kepuasan pegawai sekaligus mendukung peningkatan mutu pelayanan dan kinerja organisasi secara keseluruhan.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan
 - a) Adanya Pedoman *Reward and Punishment* yang diterapkan di RSUP Sutakarta melalui mekanisme remunerasi dan kegiatan lainnya.
 - b) Adanya program-program yang meningkatkan motivasi kerja pegawai, seperti adanya LO, kesempatan mengikuti diklat, mendapatkan beasiswa, dan lainnya.
 - c) Adanya *feedback* berlala terkait dengan tindak lanjut hasil survei kepuasan pegawai.
- 8) Proyeksi Tahun Berikutnya

Nilai kepuasan pegawai diprediksi akan lebih tinggi akhir tahun 2026 karena masukan-masukan sebagian besar telah ditindaklanjuti.

Adapun upaya untuk mencapainya dengan cara, yaitu:

 - a) Menggunakan surveyor yang sama dengan tahun 2025 karena kredibel
 - b) Konsisten dalam feed back perbaikan hasil survei kepuasan pegawai
 - c) Secara konsisten menerapkan budaya kerja SE di RSUP Surakarta

9. Sasaran Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi

a. Training Effectiveness Index

Training Effectiveness Index (TEI) adalah suatu ukuran kuantitatif yang digunakan untuk menilai efektivitas suatu program pelatihan dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi pegawai. Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi oleh rumah sakit maupun dengan usaha sendiri oleh pegawai. Tenaga kesehatan dan tenaga medis diharapkan mendapatkan 40 jam pelajaran (JPL). Target tahun 2026 diharapkan 73.75% pegawai memenuhi 40 JPL dalam satu tahun.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) pada semester I tahun 2026 sebesar 81.56% di mana telah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu 73.75% dengan persentase ketercapaian sebesar 110.59%.

Tabel 31. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73.75%	81.56%	110.59%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

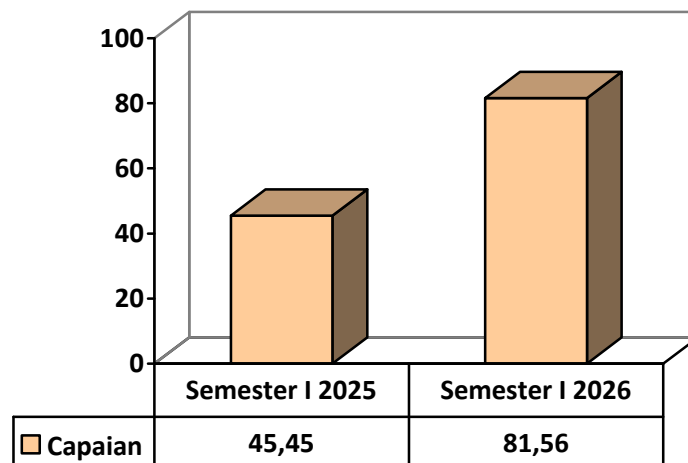
Apabila dibandingkan dengan realisasi semester I tahun 2025 sebesar 45.45%, maka terjadi peningkatan sebesar 79.45% dari capaian semester I tahun 2026 yang sebesar 81.56%.

Tabel 32. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	45.45%	81.56%	79.45% (naik)

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 15. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (akhir tahun renstra) sebesar 85%, capaian pada semester I tahun 2026 ini telah mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Tidak ada standar nasional *Training Effectiveness Indeks* yang baku, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan indikator nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Beberapa pegawai mengalami kesulitan mencari pelatihan secara mandiri sesuai dengan kompetensinya pada LMS.
- Kurang tertibnya pegawai yang telah mengikuti pelatihan untuk mengupload sertifikat pelatihan ke dalam aplikasi SIMADAM.

- Kurangnya kepedulian pegawai terhadap pemenuhan 40 JPL dalam satu tahun.

b) Alternatif Solusi

- Menyelenggarakan pelatihan internal yang dimasukkan dalam LMS.
- Menginformasikan progres hasil JPL pengembangan kompetensi pegawai kepada pegawai yang bersangkutan atau atasan langsung.
- Mengoptimalkan koordinasi dengan lintas tim kerja untuk mendorong stafnya dalam kegiatan pengembangan kompetensi.
- Koordinasi dengan lintas tim kerja untuk mendorong stafnya mengupload bukti sertifikat pada aplikasi SIMADAM.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pengembangan kompetensi pegawai di RSUP Surakarta telah dilaksanakan secara efisien melalui penyelenggaraan pelatihan internal, pemanfaatan *Learning Management System* (LMS) sebagai media pembelajaran, serta penyebaran informasi pelatihan yang diselenggarakan oleh instansi lain melalui civitas RSUP Surakarta. Strategi tersebut memungkinkan peningkatan kompetensi pegawai dengan biaya yang lebih efisien, memperluas akses pembelajaran, serta meminimalkan kebutuhan pelatihan tatap muka yang memerlukan anggaran lebih besar. Pemanfaatan LMS juga mendukung proses pembelajaran yang fleksibel, terdokumentasi, dan dapat diakses sesuai kebutuhan pegawai.

Meskipun demikian, efisiensi pemanfaatan sumber daya belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat pegawai yang mengalami kesulitan mencari pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan kompetensinya pada LMS, serta rendahnya kepedulian sebagian pegawai dalam memenuhi kewajiban pengembangan kompetensi minimal 40 Jam Pelajaran (JPL) per tahun sehingga masih ada sebagian pegawai yang tidak memasukkan sertifikat pelatihannya ke dalam SIMADAM (aplikasi internal untuk pemantauan capaian JPL pegawai). Kondisi tersebut mengakibatkan pemanfaatan fasilitas pembelajaran yang telah disediakan belum maksimal. Oleh karena itu, diperlukan penguatan pendampingan penggunaan LMS, penyusunan kurasi pelatihan berdasarkan kompetensi jabatan, peningkatan peran atasan dalam memantau pemenuhan JPL, serta monitoring dan evaluasi secara berkala agar seluruh sumber daya yang telah disediakan dapat dimanfaatkan secara optimal dan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kompetensi pegawai.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Atau pun Kegagalan
 - a) Secara massif menyelenggarakan kegiatan pengembangan kompetensi internal melalui LMS
 - b) Menyampaikan feed back capaian TEI bulanan kepada kepala unit dan manajer tim kerja
 - c) Memasukkan TEI dalam Indikator mutu unit bulanan

8) Proyeksi Periode Berikutnya

Pada akhir tahun 2026 diproyeksikan capaian TEI dapat mencapai 85%. Adapun upaya yang dilakukan untuk mencapai proyeksi/prediksi tersebut, yaitu Mengoptimalkan koordinasi dengan lintas tim kerja untuk mendorong stafnya dalam kegiatan pengembangan kompetensi khususnya melalui platform pembelajaran milik kementerian kesehatan (LMS).

10. Sasaran Meningkatkan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya

a. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Surakarta

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) merupakan indikator direktif yang ditetapkan pada tahun 2026. untuk mengukur efektivitas, efisiensi, dan kualitas pelaksanaan anggaran oleh satuan kerja pemerintah.

Nilai Kinerja Anggaran pada tingkat satuan kerja dibentuk dari dua komponen utama, yaitu Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dengan bobot 50% dan Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran dengan bobot 50%. Komponen Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dinilai berdasarkan dua indikator utama, yaitu indikator efektivitas 75% yang diukur dari capaian output kegiatan; serta efisiensi 25% yang terdiri dari penggunaan Standar Biaya Keluaran (SBK) sebesar 10% dan efisiensi SBK sebesar 15%. Untuk Nilai Kinerja Anggaran sepenuhnya diukur melalui IKPA yang ditetapkan Kementerian Keuangan.

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62/2023, kategori konversi nilai kinerja penganggaran sebagai berikut: nilai 90-100 kategori sangat baik, nilai konversi 5; 80-90 kategori Baik, dikonversi 4; 60-80 kategori Cukup, dikonversi jadi 3; 50-60 kategori kurang, nilai konversi 2; dan 0-50 kategori sangat kurang, nilai konversi 1.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi indikator nilai kinerja penganggaran pada semester I tahun 2026 sebesar 66.11 dengan persentase ketercapaian sebesar 71.43%. Jika

dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 92.55, capaian sebesar 66.11 belum mencapai target.

Tabel 33. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Nilai Kinerja Anggaran	92.55	66.11	36.49%	Tidak tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

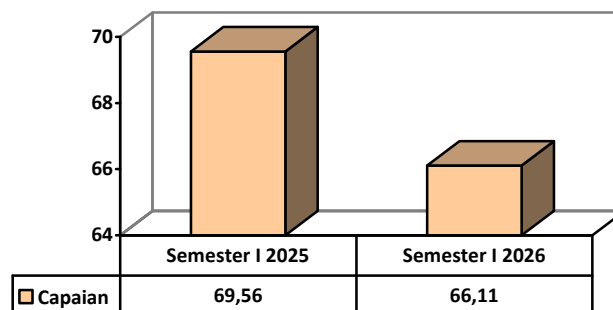
Apabila dibandingkan dengan capaian NKA pada semester I tahun 2025 sebesar 69.56, maka terjadi penurunan sebesar 4.96% karena capaian pada semester I tahun 2026 hanya sebesar 66.11.

Tabel 34. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2026	Naik (Turun)
Nilai Kinerja Anggaran	69.56	66.11	-4.96% (turun)

Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 16. Perbandingan Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator nilai kinerja penganggaran merupakan indikator direktif dalam KPI renstra. Indikator direktif adalah indikator mandatori yang ditetapkan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dan bersifat arahan atau petunjuk, yang digunakan sebagai instrumen pengendalian manajemen untuk memastikan bahwa pelaksanaan program dan kegiatan berjalan selaras dengan kebijakan dan rencana kerja Kementerian Kesehatan. Pencapaian indikator direktif merupakan bentuk dukungan satker dalam mendukung pencapaian Renstra Kementerian Kesehatan. Apabila dibandingkan dengan

target jangka menengah akhir tahun renstra 2029 sebesar 93.15 maka capaian pada tahun 2026 sebesar 66.11 ini belum mencapai target.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Berdasarkan klasifikasi pada Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan, disimpulkan bahwa nilai NKA sebesar 66.11 termasuk dalam kategori cukup dengan konversi nilai 3.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Terdapat instruksi dari eselon I untuk melakukan revisi RO SBKU pada bulan Juni 2026
- SBKK dan SBKU baru tercapai seluruh output pada akhir tahun anggaran. Apabila output belum tercapai seluruhnya, maka belum bisa dihitung NKAny.
- Kebijakan efisiensi yang diterapkan menyebabkan perlambatan dalam pelaksanaan kegiatan dan realisasi anggaran.
- Rencana penarikan dana tidak sinkron dengan jadwal pelaksanaan kegiatan.
- Pada nilai kinerja tingkat efisiensi, selisih indeks SBK dan indeks realisasi RO melebihi batas toleransi <20% yang disyaratkan sehingga meskipun target RO tercapai, nilai efisiensi tetap dinilai 0%.

b) Alternatif Solusi

- Mempercepat realisasi SBKU dan SBKK agar seluruh outputnya tercapai.
- Percepatan realisasi output dan anggaran
- Memperkuat koordinasi RPD dan RPK dan monitoring triwulanan terhadap keselarasan jadwal
- Reviu dan revisi RKAKL secara tepat waktu
- Menetapkan target output secara realistis sesuai dengan kapasitas anggaran dan sumber daya
- PPK lebih memperhatikan kaidah penyerapan anggaran per jenis belanja setiap triwulannya
- Dalam belanja kontraktual, PPK lebih disiplin dalam menyampaikan kontrak-kontrak yang telah ditanda tangani maksimal 5 hari kerja sejak ditanda tangani ke KPPN dan tidak melakukan dispensasi

pengajuan kontrak, maupun menyelesaikan kontrak-kontrak belanja modal yang nilainya Rp. 50 juta - Rp.200 juta selesai di triwulan I.

- Penyelesaian tagihan, untuk SPM LS non belanja pegawai 17 hari kerja sejak BAST sudah diserahkan ke KPPN.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) merupakan indikator yang menggambarkan efektivitas, efisiensi, dan kualitas pengelolaan anggaran melalui penilaian terhadap perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Pada tahun 2026, efisiensi penggunaan sumber daya dalam pencapaian NKA belum optimal karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adanya instruksi revisi Rincian Output (RO) dan Standar Biaya Keluaran Utama (SBKU) pada pertengahan tahun anggaran, kebijakan efisiensi belanja yang mengakibatkan perlambatan pelaksanaan kegiatan dan realisasi anggaran, serta belum sinkronnya rencana penarikan dana dengan jadwal pelaksanaan kegiatan. Selain itu, komponen efisiensi belum memperoleh nilai optimal karena selisih antara indeks SBK dan indeks realisasi RO melebihi batas toleransi yang ditetapkan (<20%), sehingga meskipun target output tercapai pada akhir tahun anggaran, nilai efisiensi tetap tidak dapat diperoleh secara maksimal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan sumber daya masih perlu ditingkatkan, terutama pada aspek perencanaan, pengendalian pelaksanaan kegiatan, dan pengelolaan anggaran agar pelaksanaan program lebih selaras dengan target kinerja dan ketentuan penilaian NKA.

7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Upaya pencapaian Nilai Kinerja Anggaran didukung oleh:

- a) Penyusunan rencana kerja dan anggaran berbasis kinerja
- b) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala
- c) Koordinasi intensif dengan unit pelaksana kegiatan
- d) Percepatan pelaksanaan pengadaan barang dan jasa
- e) Percepatan pelaksanaan kegiatan sejak awal tahun anggaran
- f) Peningkatan akurasi penyusunan target output dan rencana penarikan dana
- g) Penguatan kualitas perencanaan anggaran

8) Proyeksi Periode Berikutnya

Pada akhir tahun 2026 diproyeksikan capaian NKA dapat mencapai 100. Adapun upaya yang dilakukan untuk mencapai proyeksi/prediksi tersebut, yaitu:

- a) Mempercepat realisasi SBKU dan SBKK.
- b) Melaksanakan kegiatan sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) dan rencana penarikan dana (RPD) yang sudah disusun.
- c) Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) selalu memperhatikan kaidah penyerapan anggaran per jenis belanja setiap triwulannya.
- d) Penyampaian kontrak-kontrak yang telah ditandatangani maksimal 5 hari kerja sejak ditandatangani ke KPPN dan tidak melakukan dispensasi pengajuan kontrak, dan mengupayakan kontrak-kontrak belanja modal yang nilainya Rp 50 juta - Rp.200 juta telah selesai di triwulan I.
- e) Penyelesaian tagihan, untuk SPM LS non belanja pegawai 17 hari kerja sejak BAST sudah diserahkan ke KPPN.

b. Indeks Kualitas SDM RSUP Surakarta

Indeks Kualitas SDM adalah ukuran statistik untuk menggambarkan mutu, kapasitas, dan profesionalitas Aparatur Sipil Negara (ASN) di lingkungan Kemenkes. Metrik ini menjadi salah satu Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) wajib dalam Rencana Strategis (Renstra) Kemenkes. Berdasarkan *Peraturan Menteri Kesehatan* dan pedoman teknis pengukuran, Indeks Kualitas SDM diukur menggunakan basis data kepegawaian digital terintegrasi (seperti SIMKAT dan Portal Office Kemenkes) yang mengacu pada 4 dimensi utama Indeks Profesionalitas ASN (IPASN).

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Realisasi indikator Indeks Kualitas SDM pada semester I tahun 2026 sebesar 82.32. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 82, maka indikator ini telah mencapai target dengan persentase ketercapaian sebesar 100.39%.

Tabel 35. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Indeks Kualitas SDM	82	82.32	100.39%	Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Indikator Indeks Kualitas SDM merupakan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yang ada di tahun 2026, jadi tidak bisa dibandingkan dengan tahun 2025.

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator Indeks Kualitas SDM merupakan indikator mandatori dari Kementerian Kesehatan yang ada di tahun 2026, jadi tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah pada renstra.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Tidak ada target nasional untuk Indikator Indeks Kualitas SDM.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

Capaian kinerja Indeks kualitas SDM semester I 2026 sudah mencapai target tahun 2026, namun demikian seiring dengan naik turunnya kinerja pegawai, bisa mempengaruhi hasil IP ASN di tri wulan berikutnya.

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Beberapa pegawai belum *aware* dalam melakukan konversi/memperbarui JPL pengembangan kompetensi di E-Office.

b) Alternatif Solusi

- Menyampaikan *feedback* capaian IP ASN bulanan kepada Kepala Unit dan Manajer Tim Kerja.
- Memasukkan indikator Indeks Kualitas SDM dalam Indikator Mutu Unit Bulanan.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Indeks Kualitas SDM merupakan indikator yang menggambarkan tingkat profesionalitas Aparatur Sipil Negara (ASN) berdasarkan dimensi kualifikasi, kompetensi, kinerja, dan disiplin. RSUP Surakarta telah mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya untuk meningkatkan kualitas SDM melalui penyelenggaraan pelatihan internal, pemanfaatan *Learning Management System* (LMS), fasilitasi keikutsertaan pegawai dalam pelatihan yang diselenggarakan oleh instansi lain, serta pemantauan capaian Indeks Profesionalitas ASN (IPASN) melalui sistem informasi kepegawaian. Meskipun demikian, efisiensi pemanfaatan sumber daya belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat pegawai yang belum memenuhi jumlah jam pelatihan minimal, belum mengikuti pelatihan fungsional sesuai ketentuan, atau belum melengkapi komponen penilaian lainnya sehingga nilai IP ASN belum mencapai target. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa fasilitas

pengembangan kompetensi yang telah tersedia belum dimanfaatkan secara merata oleh seluruh pegawai dan kurangnya pemahaman serta kepedulian pegawai akan nilai IP ASN.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Pencapaian Indeks Kualitas SDM didukung oleh:
- a) Peningkatan sosialisasi tentang IP ASN
 - b) Pelaksanaan pelatihan internal,
 - c) Pemanfaatan LMS sebagai media pembelajaran,
 - d) Peningkatan sosialisasi dan pendampingan pemanfaatan LMS,
 - e) Penyebarluasan informasi pelatihan eksternal,
 - f) Fasilitasi pengembangan kompetensi sesuai kebutuhan jabatan,
 - g) Monitoring berkala terhadap capaian IP ASN Portal Office Kementerian Kesehatan.
 - h) Penguatan perencanaan pengembangan kompetensi berbasis kebutuhan jabatan,
 - i) Penetapan target pemenuhan jam pelatihan sebagai bagian dari evaluasi kinerja agar seluruh pegawai dapat memenuhi standar profesionalitas ASN dan meningkatkan Indeks Kualitas SDM secara berkelanjutan.
- 8) Prediksi/Proyeksi Periode Berikutnya
- Prediksi capaian output indikator Indeks Kualitas SDM pada akhir tahun 2026 berikutnya adalah 85%. Adapun upaya untuk mencapainya, yaitu mengoptimalkan koordinasi dengan lintas tim kerja untuk mendorong stafnya dalam kegiatan pengembangan kompetensi khususnya melalui platform pembelajaran milik kementerian kesehatan (LMS) serta mengupdatenya di E-Office.

c. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti adalah indikator kinerja yang mengukur tingkat kepatuhan, akuntabilitas, dan komitmen suatu instansi pemerintah dalam menjalankan saran perbaikan dari Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Indikator ini mencerminkan seberapa efektif instansi tersebut memperbaiki tata kelola keuangan, meminimalkan risiko kerugian negara, dan menyempurnakan Sistem Pengendalian Intern (SPI).

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Terkait hasil temuan BPK mengenai Interkoneksi dan FIFO, sudah dilaksanakan desk pada akhir bulan Juni 2026 dengan rencana tindak lanjut berupa penyusunan dokumen / laporan FIFO per periode (Semester I 2026) yang bisa menunjukkan transaksi FIFO keseluruhan depo/gudang di RSUP Surakarta serta surat pernyataan Dirut bahwa telah diterapkan metode FIFO di seluruh gudang mulai tahun 2026.

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti pada semester I tahun 2026 tercapai sebesar 100% dan telah mencapai target tahun 2026 yaitu 95% dengan persentase ketercapaian sebesar 105.26%.

Tabel 36. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Indeks Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti	95%	100%	105.26%	Tercapai

Sumber Data: Laporan SPI RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

Indikator ini merupakan indikator direktif pada tahun 2026 sehingga tidak bisa dibandingkan dengan periode sebelumnya.

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator ini merupakan indikator direktif pada tahun 2026 sehingga tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah renstra.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Tidak ada standar nasional pada indikator ini.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang Dihadapi

- Pengumpulan data dukung/tindak lanjut hasil temuan audit dari tiap unit kerja memerlukan waktu sehingga penyusunan laporan hasil pemantauan menjadi lebih lama.
- Terdapat SDM SPI yang merangkap jabatan di unit kerja lain, sehingga kinerja SPI menjadi kurang optimal.

b) Alternatif Solusi

- *System warning* secara *massif* terhadap penyelesaian tugas pengawasan dan pemantauan dan pemenuhan data dukungnya.
- Pemberian *reward and punishment* bagi unit kerja yang tepat waktu/kurang tepat waktu dalam menindaklanjuti kebutuhan data dukung/hasil temuan audit.
- Penyesuaian SDM SPI secara *fulltime* dan sesuai dengan kompetensi yang memadai.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti merupakan indikator yang mencerminkan efektivitas pemanfaatan sumber daya dalam memperkuat tata kelola, akuntabilitas, dan Sistem Pengendalian Intern (SPI). Efisiensi penggunaan sumber daya dilakukan melalui optimalisasi koordinasi antar unit, pemanfaatan sistem informasi untuk monitoring tindak lanjut, pembentukan tim penyelesaian tindak lanjut rekomendasi, serta pendampingan oleh unit pengawasan intern. Pendekatan tersebut memungkinkan penyelesaian rekomendasi dilakukan secara lebih cepat, tepat, dan terdokumentasi tanpa memerlukan tambahan sumber daya yang signifikan.

Keberhasilan penyelesaian tindak lanjut rekomendasi BPK sangat bergantung pada komitmen seluruh unit kerja dalam memenuhi dokumen pendukung dan melaksanakan perbaikan sesuai rekomendasi yang diberikan. Oleh karena itu, efisiensi penggunaan sumber daya perlu terus ditingkatkan melalui penguatan koordinasi lintas unit, monitoring dan evaluasi secara berkala, percepatan penyelesaian tindak lanjut, serta penguatan pengendalian intern agar seluruh rekomendasi dapat diselesaikan tepat waktu. Dengan demikian, risiko temuan berulang dapat diminimalkan, kualitas tata kelola organisasi semakin baik, dan akuntabilitas pengelolaan keuangan rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dapat terus ditingkatkan.

7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Ketercapaian indikator ini tidak terlepas dari dukungan segala pihak terutama IT yang mengintegrasikan antara SAKTI dengan SIMRS.

8) Prediksi/Proyeksi Periode Berikutnya

Prediksi/proyeksi pada akhir tahun 2026 diharapkan tetap konsisten mencapai 100%. Adapun upaya untuk mencapainya, yaitu: berkomitmen

segera menindaklanjuti temuan BPK hingga tuntas serta penerapan system warning terhadap penyelesaian tugas pengawasaan dan pemantauan dan pemenuhan data dukungnya.

d. Persentase Realisasi Anggaran RSUP Surakarta

Indikator ini merupakan indikator direktif pada tahun 2026. Realisasi anggaran mencerminkan kemampuan instansi untuk mengeksekusi rencana kerja dan anggarannya secara efektif, efisien, dan akuntabel. Realisasi anggaran harus dipantau secara berkala guna mengetahui kesesuaian pelaksanaan anggaran terhadap perencanaan, sehingga dapat digunakan untuk mengukur efektifitas pelaksanaan anggaran dan ketepatan waktu pelaksanaan kegiatan. Monitoring secara berkala ini sangat bermanfaat untuk segera memperbaiki apabila terdapat ketidaksesuaian sehingga dapat kembali normal tidak terjadi penumpukan realisasi anggaran pada akhir tahun.

1) Perbandingan Target dan Realisasi Tahun Ini

Indikator realisasi anggaran semester I tahun 2026 tercapai sebesar 35.03%. Apabila dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 96%, realisasi anggaran pada semester I tahun 2026 sebesar 35.03% masih belum tercapai. Target sebesar 96% ini merupakan kumulatif untuk target pencapaian pada akhir tahun 2026 sehingga diharapkan akan tercapai pada akhir tahun 2026. Nilai ketercapaiannya sebesar 36.49%.

Tabel 37. Perbandingan Target Dengan Realisasi Semester I Tahun 2026

Indikator	Target 2026	Realisasi Semester I 2026	% Ketercapaian	Ket
Persentase Realisasi Anggaran	96%	35.03%	36.49%	Tidak Tercapai

Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

2) Perbandingan Dengan Tahun Lalu

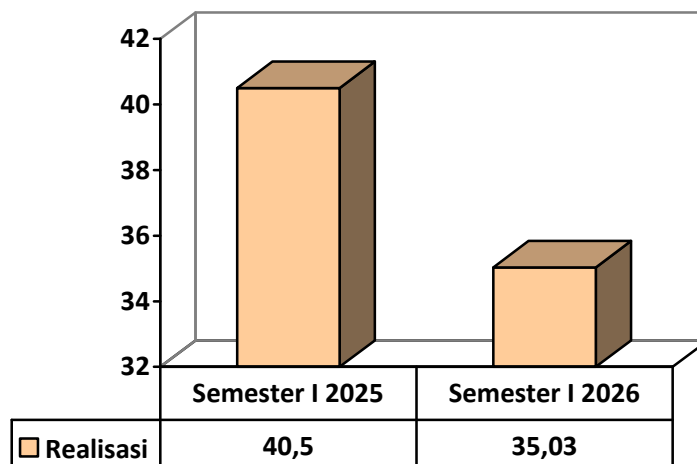
Apabila dibandingkan dengan realisasi pada semester I tahun 2025 sebesar 40.50%, maka terdapat penurunan sebesar 13.51% karena realisasi anggaran pada semester I tahun 2026 hanya sebesar 35.03%.

Tabel 38. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026

Indikator	Semester I 2025	Semester I 2025	Naik (Turun)
Persentase Realisasi Anggaran	40.50%	35.03%	-13.51% (turun)

Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

Grafik 17. Perbandingan Realisasi Semester I Tahun 2025 Dengan Semester I Tahun 2026



Sumber Data: Laporan Timker PPA RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026 dan 2025

3) Perbandingan Dengan Target Renstra (Jangka Menengah)

Indikator Persentase Realisasi Anggaran merupakan indikator direktif di mana penentuan targetnya ditentukan setiap tahun oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan Bersama Kementerian Keuangan. Oleh karena itu, tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah dalam Renstra.

Indikator direktif merupakan indikator mandatori dari Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang bersifat arahan atau petunjuk, digunakan sebagai instrument pengendalian manajemen untuk memastikan bahwa pelaksanaan program dan kegiatan berjalan selaras dengan kebijakan, rencana kerja, serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Pencapaian indikator direktif mencerminkan tingkat kepatuhan unit kerja terhadap perencanaan, ketepatan pelaksanaan kegiatan, serta kesesuaian antara target dan realisasi, sehingga berperan penting dalam menjaga konsistensi arah pencapaian tujuan organisasi dan meningkatkan akuntabilitas kinerja. Indikator direktif ditetapkan pada awal tahun anggaran yang akan dihitung dalam satu tahun anggaran tersebut. Pada tahun anggaran berikutnya indikator direktif dapat dipakai kembali, dapat juga diganti dengan indikator direktif baru sesuai dengan kebijakan ditjen kesehatan lanjutan.

4) Perbandingan Dengan Standar Nasional

Target realisasi anggaran nasional ditetapkan secara bertahap, yaitu sebesar $\geq 15\%$ -20% pada Triwulan I, $\geq 40\%$ pada Triwulan II, $\geq 70\%$ -75% pada Triwulan

III, dan $\geq 95\%$ -100% pada Triwulan IV. Jika dibandingkan dengan standar tersebut, capaian realisasi anggaran RSUP Surakarta sebesar 35.03% pada semester I tahun 2026 belum memenuhi target nasional.

5) Analisis Penyebab Serta Alternatif Solusi

a) Permasalahan yang dihadapi

- Terdapat efisiensi anggaran (blokir) yang bersumber belanja BLU maka mempengaruhi realisasi belanja.
- Terdapat penundaan dalam merealisasikan anggaran atau pergeseran anggaran tahun 2026 akibat adanya rencana pembangunan gedung layanan *single building* pada tahun 2027 sehingga ada beberapa demolish serta persiapan pembangunan.
- Terdapat pagu tidak berimbang.

b) Alternatif Solusi

- Mempercepat pergeseran anggaran
- Mempercepat realisasi belanja modal dan segera mengajukan pencairan pembayaran.
- Mempercepat belanja barang BLU
- unit-unit yang mempunyai anggaran segera merealisasikan kegiatannya.

6) Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Persentase Realisasi Anggaran merupakan indikator yang menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam mengelola dan memanfaatkan sumber daya keuangan secara efektif, efisien, dan akuntabel untuk mendukung pencapaian target kinerja. Pada tahun 2026, efisiensi penggunaan sumber daya belum sepenuhnya optimal karena dipengaruhi oleh adanya kebijakan efisiensi anggaran (blokir) pada belanja yang bersumber dari BLU, sehingga beberapa kegiatan belum dapat direalisasikan sesuai rencana. Selain itu, terdapat penundaan pelaksanaan dan pergeseran anggaran sebagai dampak persiapan pembangunan gedung layanan *single building* pada tahun 2027, termasuk kegiatan pembongkaran (demolish) dan penataan area pembangunan. Kondisi tersebut mengakibatkan sebagian anggaran belum dapat dimanfaatkan sesuai jadwal yang telah direncanakan.

Di samping faktor tersebut, masih terdapat pagu anggaran yang belum berimbang dengan kebutuhan riil kegiatan sehingga memengaruhi kecepatan penyerapan anggaran pada beberapa unit kerja. Meskipun demikian, rumah sakit tetap mengoptimalkan pemanfaatan anggaran yang tersedia melalui

penyesuaian prioritas program, pengendalian pelaksanaan kegiatan, serta monitoring realisasi anggaran secara berkala. Upaya tersebut dilakukan untuk menjaga kesinambungan pelayanan, meningkatkan kualitas pelaksanaan anggaran, serta meminimalkan penumpukan realisasi anggaran pada akhir tahun.

- 7) Analisis Program/Kegiatan yang Menunjang Keberhasilan Ataupun Kegagalan Pencapaian indikator Persentase Realisasi Anggaran didukung oleh:
 - a) Penyusunan rencana kerja dan anggaran berbasis kinerja,
 - b) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi realisasi anggaran secara berkala,
 - c) Koordinasi intensif antara unit perencanaan, keuangan, dan unit pelaksana, serta percepatan proses pengadaan barang dan jasa sesuai ketentuan.
 - d) Evaluasi rutin terhadap deviasi antara rencana dan realisasi anggaran juga menjadi bagian dari upaya pengendalian agar pelaksanaan kegiatan tetap berjalan sesuai target dan jadwal yang telah ditetapkan.
 - e) Penguatan kualitas perencanaan dan penganggaran, penyesuaian pagu berdasarkan prioritas kebutuhan,
 - f) Peningkatan akurasi jadwal pelaksanaan kegiatan, serta monitoring dan evaluasi yang lebih intensif agar penyerapan anggaran dapat berlangsung lebih merata sepanjang tahun dan mendukung pencapaian kinerja rumah sakit secara optimal.
- 8) Prediksi/Proyeksi Periode Berikutnya
Pada akhir tahun 2026 diproyeksikan realisasi anggaran dapat mencapai 96%. Adapun upaya yang dilakukan untuk mencapai proyeksi/prediksi tersebut, yaitu:
 - a) Melakukan kontrak pradipa
 - b) Mempercepat proses pengadaan barang dan jasa
 - c) Meningkatkan money RPK dan RPD
 - d) Membuat jadwal revisi anggaran yang terencana berdasarkan potensi
 - e) perubahan kebutuhan dan prioritas
 - f) Melakukan pengadaan dengan kontrak payung

C. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

RSUP Surakarta sebagai satuan kerja Badan Layanan Umum dituntut untuk terus meningkatkan kinerjanya dalam meningkatkan pelayanan dengan tetap mengutamakan keselamatan pasien serta pendapatan setiap tahunnya. Pemenuhan dan penggunaan sumber daya tentu sangat berkaitan erat dengan sumber anggaran. Dalam setiap

pelaksanaan kegiatan penunjang kinerja RSUP Surakarta senantiasa berupaya melakukan efisiensi dalam rangka pencapaian atas target kinerja yang telah ditargetkan.

1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia (SDM) kesehatan di lingkungan RSUP Surakarta semester I tahun 2026 sebanyak 291 turun 7 orang dibanding semester I tahun 2025 sebanyak 298 orang.

Tabel 39. Rasio Output Layanan dengan SDM (ROLSDM)

URAIAN	TAHUN 2025 (SEMESTER 1)	TAHUN 2026 (SEMESTER 1)
Jumlah kunjungan	44.699	47.585
Jumlah SDM	298	291
ROLSDM	150	163

Sumber Data: Laporan PPE dan PSL Semester I Tahun 2026

Jumlah kunjungan pasien semester I tahun 2026 sebesar 47.585. Berdasarkan data di atas terlihat rasio jumlah kunjungan dibandingkan dengan jumlah SDM nakes adalah sebesar 163.

Tabel 40. Pendapatan dengan SDM (PSDM)

URAIAN	TAHUN 2025 (SEMESTER I)	TAHUN 2026 (SEMESTER I)
Pendapatan BLU (Rp)	33.526.618.603,00	29.332.237.456,09
Jumlah SDM	298	291
PSDM	112.506.102,00	100.798.066,86

Sumber Data: Laporan PPE dan PSL Semester I Tahun 2026

Berdasarkan tabel pendapatan dengan SDM terlihat bahwa pada semester I tahun 2026, satu orang SDM menyumbang pendapatan sebesar Rp 100.798.066,86 hal ini lebih rendah apabila dibandingkan dengan tahun 2025 semester I sebesar Rp112.506.102,00 dengan berkurangnya 7 orang pegawai ternyata menurunkan pendapatan sebesar Rp11.708.035,14.

Manajemen RSUP Surakarta terus mengupayakan program pemberdayaan SDM guna meningkatkan serta efektifitas kinerja yang berimbas pada profesionalisme kerja yang bermuara pada kesejahteraan seluruh karyawan di lingkungan RSUP Surakarta.

2. Sumber Daya Anggaran

Sumber daya anggaran RSUP Surakarta Tahun 2026 (pagu efektif) berjumlah Rp93.009.843.000,00 yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp24.832.730.000,00 dan anggaran BLU Rp68.177.113.000,00. Realisasi sampai akhir semester I tahun 2026 dalam mendukung tercapainya kinerja RSUP Surakarta untuk anggaran RM adalah sebesar Rp11.136.403.489,00 atau mencapai 44.85% dan untuk anggaran BLU adalah sebesar Rp21.443.755.038,00 atau mencapai 31.45%. Secara

keseluruhan realisasi atau penyerapan anggaran semester I tahun 2026 mencapai sebesar Rp32.580.158.527,- atau sebesar 35.03% dari alokasi anggaran pagu efektif sebesar Rp93.009.843.000,00.

Tabel 41. Perbandingan Pemanfaatan Anggaran Semester I 2026 dan Semester I 2025

KETERANGAN	SEMESTER I 2025	SEMESTER I 2026	PENINGKATAN (-PENURUNAN)
Pendapatan	33.526.618.603,00	29.332.237.456,09	-12.51%
Belanja	30.075.982.051,00	32.580.158.527,00	8.33%
Pasien	44.699	47.585	6.46%

Sumber Data: Laporan Timker PPE Semester I Tahun 2025 dan 2026

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa pada semester I tahun 2025 dibanding semester I tahun 2026 terdapat penurunan pendapatan sebesar Rp4.194.381.146,91, turun sebesar 12.51%. Penurunan ini menjadi catatan kritis karena terjadi di tengah meningkatnya jumlah pasien. Hal tersebut mengindikasikan adanya penurunan pendapatan per pasien (*revenue per patient*), adanya potongan tarif layanan, atau adanya layanan yang digratiskan. Sedangkan dari sisi beban, terdapat kenaikan dari semester I tahun 2025 dibandingkan semester I tahun 2026 sebesar Rp2.504.176.476,00, Naik sebesar 8.33%. Kenaikan belanja ini lumrah terjadi seiring bertambahnya beban pelayanan untuk pasien yang lebih banyak di mana kunjungan pasien naik dari 44.699 pada semester I tahun 2025 menjadi 47.585 pada semester I tahun 2026 atau naik sebesar 6.46%. Namun, perlu dievaluasi efisiensinya karena tidak sebanding dengan pergerakan pendapatan. Artinya, masih belum efisien.

D. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSUP Surakarta perlu didukung dengan adanya sumber daya manusia (SDM) yang memadai. SDM selama kurun waktu sampai dengan 30 Juni 2026 adalah sebagai berikut:

Tabel 42. Pegawai RSUP Surakarta Berdasar Status Kepegawaian 2023-2026 (Semester I)

NO	JENIS KETENAGAAN	2023	2024	2025	2026 (SEMESTER I)
1.	PNS	200	196	207	205
2.	PPPK	17	29	44	44
3.	Non ASN	76	64	44	42
Jumlah		257	293	295	291

Sumber Data: Laporan OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Tahun 2026

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa total pegawai RSUP Surakarta kondisi sampai bulan akhir bulan Juni 2026 berjumlah 291 orang, dengan rincian 205 orang berstatus PNS (70.45%), 44 orang berstatus PPPK (15.12%) dan 42 orang berstatus Non ASN (14.43%).

Apabila diklasifikasikan berdasarkan jabatan, maka pegawai RSUP Surakarta PNS, PPPK dan Non PNS sebagai berikut:

Tabel 43. Pegawai RSUP Surakarta Berdasarkan Jabatan Pada Semester I Tahun 2026

NO	JABATAN	PNS	PPPK	NON PNS	JUMLAH
1	Dokter Umum	14		8	22
2	Dokter Gigi	2			2
3	Dokter Spesialis Paru	3			3
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	2			2
5	Dokter Spesialis Radiologi	2			2
6	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1			1
7	Dokter Spesialis THT-KL	1			1
8	Dokter Spesialis Bedah	2			2
9	Dokter Spesialis Obgyn	1			1
10	Dokter Spesialis Anestesi	2			2
11	Dokter Spesialis Mata	1			1
12	Dokter Spesialis Anak	2			2
13	Dokter Spesialis Jiwa	1			1
14	Dokter Spesialis Neurologi		1		1
15	Dokter Spesialis Jantung dan pembuluh Darah		1		1
16	Perawat Ners	11	1	4	16
17	Perawat D III	42	26	22	90
18	Terapis Gigi dan Mulut Terampil	2			2
19	Asisten Penata Anestesi	1			1
20	Apoteker	8		1	9
21	Asisten Apoteker	10	2	1	13
22	Bidan	8	5		13
23	Pranata Laboratorium Kesehatan	11	3		14
24	Fisikawan Medis	1			1
25	Radiografer	9	1		10
26	Perekam Medis	10	3		13
27	Fisioterapis	4			4
28	Terapi Wicara	1			1

NO	JABATAN	PNS	PPPK	NON PNS	JUMLAH
29	Okupasi Terapi	1			1
30	Nutrisionis	4			4
31	Penyuluh Kesehatan Masyarakat	3			3
32	Epidemiolog Kesehatan	2			2
33	Sanitarian	2			2
34	Teknisi Elektro Medis	3			3
35	Pembimbing K3	2			2
36	Administrator Kesehatan	3			3
37	Pranata Komputer	5	1		6
38	Auditor	2			2
39	Pranata Humas	1		1	2
40	Analisis Sumber Daya Manusia Aparatur	3			3
41	Analisis Hukum	2			2
42	Perencana	2			2
43	Arsiparis	3			3
44	Keuangan	9		2	11
45	Administrasi lain	6		3	9
	Jumlah	205	44	42	291

Sumber Data: Laporan OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Tahun 2026

Tabel 44. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Golongan Pada Semester I Tahun 2026

NO	GOLONGAN	2023	2024	2025	TAMBAH	KURANG	2026 (SEMESTER I)
1.	Golongan IV	17	22	24	1	2	23
2.	Golongan III	132	126	126	4	1	129
3.	Golongan II	51	48	57		4	53
4.	Golongan XI (PPPK)	0	2	2			2
5.	Golongan X (PPPK)	1	1	1			1
6.	Golongan IX (PPPK)	0	2	1			1
7.	Golongan VII (PPPK)	16	24	35			35
8.	PW (paruh waktu)			5			5
	Jumlah	217	225	251	5	7	249

Sumber Data: Laporan OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Tahun 2026

Berdasar data pada tabel diatas, terlihat bahwa jumlah PNS RSUP Surakarta Golongan IV berjumlah 23 Orang (9.24%), Golongan III berjumlah 129 Orang (51.81%), Golongan II berjumlah 53 (21.29%), sedangkan untuk PPPK Golongan XI berjumlah 2 (0.80%),

Golongan X berjumlah 1 (0.40%), Golongan IX berjumlah 1 (0.40%) Golongan VII berjumlah 35 (14.06%), dan Paruh Waktu berjumlah 5 orang (2.01%).

Dilihat dari segi usia, ASN RSUP Surakarta dikelompokkan menjadi sebagai berikut:

Tabel 45. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Usia Pada Semester I Tahun 2026

NO	USIA	2023	2024	2025	TAMBAH	KURANG	2026 (SEMESTER I)
1.	Usia 20 tahun - 30 tahun	44	41	44	0	6	38
2.	Usia >30 tahun - 40 tahun	81	89	112	6	5	113
3.	Usia >40 tahun - 50 tahun	62	65	62	5	5	62
4.	Usia >50 tahun	30	30	33	5	2	36
Jumlah		217	225	251	16	18	249

Sumber Data: Laporan OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Tahun 2026

Berdasar data pada tabel di atas, terlihat bahwa jumlah ASN RSUP Surakarta mayoritas berusia antara >30-40 tahun. Usia tersebut merupakan usia produktif guna melaksanakan tugas dan fungsi. Kondisi tersebut harus dimanfaatkan sebaik mungkin guna mengembangkan RSUP Surakarta.

Tabel 46. ASN RSUP Surakarta Berdasarkan Pendidikan Pada Semester I Tahun 2026

NO	PENDIDIKAN	2023	2024	2025	TAMBAH	KURANG	2026 (SEMESTER 1)
1.	SLTP	0	0	0			0
2.	SLTA	8	7	6			6
3.	Diploma 1	0	0	0			0
4.	Diploma III/Akademi	121	123	143		6	137
5.	Diploma IV	5	5	6	4		10
6.	Sarjana	36	43	47	1	1	47
7.	Pasca Sarjana dan Dokter	30	26	28	2	2	28
8.	Dokter Spesialis	17	21	21			21
TOTAL		217	225	251	7	9	249

Sumber Data: Sumber Data: Laporan OSDM, Diklat, dan Penelitian RSUP Surakarta Tahun 2026

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar pegawai memiliki latar belakang pendidikan diploma, sarjana, dan pasca sarjana. Potensi ini merupakan kekuatan RSUP Surakarta untuk memaksimalkan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan disiplin dan jenjang pendidikan yang dimiliki oleh masing-masing pegawai.

2. Sumber Daya Anggaran

Alokasi anggaran RSUP Surakarta di awal tahun anggaran 2026 adalah sebesar Rp93.598.705.000,00 dengan rincian sebagai berikut :

- Bersumber dari BLU : Rp68.177.113.000,00
- Bersumber dari Rupiah Murni : Rp25.421.592.000,00

Pagu anggaran efektif setelah adanya efisiensi sebesar Rp93.009.843.000,00. Realisasi belanja anggaran semester I tahun 2026 sebesar Rp32.580.158.527,00 atau mencapai 35.03%.

Secara *cash basis*, pendapatan dari PNBPN pada semester I tahun 2026 mencapai Rp29.332.237.456,09 atau mencapai 41.90% dari target yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00, dengan rincian sebagai berikut:

- Pendapatan dari JKN : Rp21.878.173.582,00
- Pendapatan dari Non JKN : Rp7.454.063.874,09

Secara *accrual basis*, pendapatan dari PNBPN pada semester I tahun 2026 mencapai Rp21.366.214.560,72 atau mencapai 30.5% dari target pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00, dengan rincian sebagai berikut:

- Pendapatan dari JKN : Rp13.912.150.687,00
- Pendapatan dari Non JKN : Rp7.454.063.873,72

3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan perkembangan Barang Milik Negara (BMN) semester I tahun 2026 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 47. Perkembangan Barang Milik Negara Semester I Tahun 2026

NO	AKUN NERACA	NILAI BMN PERIODE TAHUN 2026 (SEMESTER 1)		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
I	POSISI BMN DI NERACA	232.871.722.415	4.421.530.814	237.293.253.229
A	ASET LANCAR	7.538.475.016	4.230.670.816	11.769.145.832
1	Persediaan	7.538.475.016	4.230.670.816	11.769.145.832
B	ASET TETAP	225.241.736.462	190.859.998	225.432.596.460
1	Tanah	149.676.973.000	-	149.676.973.000
2	Peralatan dan Mesin	122.310.566.038	190.859.998	122.501.426.036
3	Gedung dan Bangunan	57.488.457.165	-	57.488.457.165
4	Jalan, Irigasi, dan Jaringan	1.504.667.702	-	1.504.667.702
5	Aset Tetap Lainnya	-	-	-
6	Konstruksi Dalam Pengerjaan	77.362.283	-	77.362.283
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	-	-	-
		105.816.289.726		105.816.289.726
C	ASET LAINNYA	91.510.937	-	91.510.937

NO	AKUN NERACA	NILAI BMN PERIODE TAHUN 2026 (SEMESTER 1)		
		SALDO AWAL	MUTASI	SALDO AKHIR
1	Kemitraan dengan Pihak Ketiga	-	-	-
2	Aset Tidak Berwujud	145.257.500	-	145.257.500
3	Aset Lain-lain	1.567.543.661	-	1.567.543.661
4	Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	-	-	-
		1.621.290.224		1.621.290.224

Sumber Data: Laporan Timker Akuntansi dan BMN Semester I Tahun 2026

E. Realisasi Anggaran

1. Realisasi Pelaksanaan Anggaran 2026

Anggaran RSUP Surakarta terdiri dari anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dan bersumber dari PNPB. Realisasi pelaksanaan anggaran selama semester I tahun 2026 ditampilkan sebagai berikut:

Tabel 48. Realisasi Anggaran RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

NO	ANGGARAN	PAGU EFEKTIF	REALISASI	SISA ANGGARAN	%
A	Rupiah Murni				
1	Belanja Pegawai	19.490.316.000	9.237.853.275	10.252.462.725	47.40
2	Belanja Barang	5.342.414.000	1.898.550.214	3.443.863.786	35.54
3	Belanja Modal	0	0	0	0
	Total RM	24.832.730.000	11.136.403.489	13.696.326.511	44.85
B	PNBP/BLU				
1	Belanja Barang	53.729.885.000	21.045.357.245	32.684.527.755	39.17
2	Belanja Modal	14.447.228.000	398.397.793	14.048.830.207	2.76
	Total BLU	68.177.113.000	21.443.755.038	46.733.357.962	31.45
	Total Anggaran	93.009.843.000	32.580.158.527	60.429.684.473	35.03

Sumber Data: Laporan Timker PPA Semester I Tahun 2026

Adapun penjelasannya, sebagai berikut:

- Anggaran pagu efektif RM sebesar Rp24.832.730.000,00 dengan realisasi penyerapan Rp11.136.403.489,00 atau sebesar 44.85% terdiri dari:
 - Belanja pegawai alokasi sebesar Rp19.490.316.000,00 realisasi sebesar Rp8.860.080.973,- atau sebesar 47.40%.
 - Belanja barang alokasi sebesar Rp5.342.414.000,00 realisasi sebesar Rp1.898.550.214,00 atau sebesar 35.54%.
- Anggaran BLU alokasi Rp68.177.113.000,00 dengan realisasi penyerapan Rp21.443.755.038,00 atau sebesar 31.45% terdiri dari:

- Belanja barang alokasi sebesar Rp53.729.885.000,00 realisasi sebesar Rp21.045.357.245,00 atau sebesar 39.17%.
- Belanja modal alokasi sebesar Rp14.447.228.000,00 realisasi sebesar Rp398.397.793,- atau sebesar 2.76%.

2. Realisasi Pendapatan Tahun 2026

Pendapatan RSUP Surakarta semester I tahun 2026 dari PNBPN berdasarkan data *cash basis* berjumlah Rp29.332.237.456,09 atau sebesar 41.90% dari target penerimaan yang ditetapkan di tahun 2026 sebesar Rp70.000.000.000,00. Rincian atas pendapatan RSUP Surakarta tahun 2026 ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 49. Rincian Pendapatan RSUP Surakarta Semester I Tahun 2026

AKUN	URAIAN	REALISASI
424111	Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	26.942.068.024,00
424312	Pendapatan Hasil Kerjasama Lembaga/Badan Usaha	168.206.506,00
424313	Pendapatan Hasil Kerja Sama Pemerintah Daerah	88.077.100,00
424421	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	203.192.500,00
424911	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	1.697.378.726,09
424913	Komisi Potongan dan/atau Bentuk Lain Sebagai Akibat dari Pengadaan Barang/Jasa oleh BLU	0
424916	Penerimaan Kembali Belanja Modal BLU Tahun Anggaran Yang Lalu	0
424919	Pendapatan Lain-lain BLU	3.060.500,00
424921	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Tanah	0
424923	Pendapatan BLU Lainnya dari Sewa Ruangan	230.254.100,00
JUMLAH		29.332.237.456,09

Sumber Data: Laporan Timker PPA Semester I Tahun 2026

BAB IV PENUTUP

LAKIP ini menunjukkan pencapaian kinerja RSUP Surakarta sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI yang berada di bawah pembinaan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan selama kurun waktu dari Bulan Januari - Juni 2026 sesuai dengan tugas pokok, yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

A. Kesimpulan

Pengukuran terhadap berbagai indikator yang telah ditetapkan RSUP Surakarta selama semester I tahun 2026 sebagian besar telah mencapai bahkan melebihi dari target yang ditetapkan. Realisasi atas pencapaian indikator kinerja utama RSUP Surakarta semester I tahun 2026 secara lengkap ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 50. Rekapitulasi Capaian IKU Semester I Tahun 2026

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Terwujudnya Keuangan yang Andal	1. EBITDA Margin (%) Terhadap Pendapatan Operasional Netto)	Cluster III: 1%	-29.00%	0%	Tidak tercapai
Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	2. Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 Nilai	93.80	103.49%	Tercapai
Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. % Pendapatan yang Diperoleh Dari Semua Penelitian	0.5%	0.04%	8%	Tidak tercapai
Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. % Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	50%	50%	100%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU Maturity Rating	Level 3	3.68 (Level 3)	100%	Tercapai
	6. Nilai SAKIP RSUP Surakarta	83 Nilai	83	100	Tercapai
Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	7. <i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	70%	56.60%	80.86%	Tidak tercapai
Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	8. <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rate</i>	100%	100%	100%	Tercapai
	9. Pasien Stroke Iskemik LOS < 7 Hari	≥80%	98%	122.50%	Tercapai
	10. Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	≥75%	88.83%	118.44%	Tercapai
Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus Pada Pelanggan	11. Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	20%	20%	100%	Tercapai
	12. Skor Tingkat kepuasan pegawai	78 Nilai	82.63	105.94%	Tercapai
Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi	13. <i>Training effectiveness index (TEI)</i>	73.75%	81.56%	110.59%	Tercapai
Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	14. Nilai Kinerja Anggaran RSUP Surakarta	92.55 Nilai	66.11	71.43%	Tidak tercapai
	15. Indeks kualitas SDM RSUP Surakarta	82 Nilai	82.32	100.39%	Tercapai
	16. Persentase	95%	100%	105.26%	Tercapai

Sasaran Strategis/program	Indikator Kinerja	Target	Realisasi Semester I	Persentase Ketercapaian	Ket
	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta				
	17. Nilai Realisasi Anggaran (Akumulasi)	96%	35.03%	36.49%	Tidak tercapai
Total Persentase Ketercapaian				1463.38%	
Rata-rata Persentase Ketercapaian				86.08%	

Sumber Data: Laporan Timker PPE dan PSL Semester I Tahun 2026

Dari 17 indikator kinerja, indikator yang mencapai target sebanyak 12 indikator dan indikator yang tidak mencapai target sebanyak 5 indikator. Persentase capaian terhadap target sebesar 86.12%.

Indikator yang belum mencapai target, yaitu:

1. EBITDA margin sebesar (-29%) (persentase ketercapaian sebesar 0%).
2. Persentase pendapatan yang diperoleh dari semua Penelitian sebesar 0.04% (persentase ketercapaian sebesar 8%).
3. *Bed Occupancy Rate*/ BOR sebesar 56.60% (persentase ketercapaian sebesar 80.86%).
4. Nilai Kinerja Anggaran sebesar 66.11% (persentase ketercapaian sebesar 71.43%).
5. Persentase Realisasi Anggaran sebesar 35.03% (persentase ketercapaian sebesar 36.49%).

Total alokasi anggaran RSUP Surakarta tahun anggaran 2026 adalah sebesar Rp93.598.705.000,00 dengan sumber Rupiah Murni sebesar Rp25.421.592.000,00 dan BLU sebesar Rp68.177.113.000,00. Pagu efektif setelah blokir menjadi sebesar Rp93.009.843.000,00. Realisasi belanja anggaran semester I tahun 2026 sebesar Rp32.580.158.527,00 atau mencapai 35.03%.

Secara *cash basis*, pendapatan dari PNPB pada semester I tahun 2026 mencapai Rp29.332.237.456,09 atau mencapai 41.90% dari target yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00. Secara *accrual basis*, pendapatan dari PNPB pada semester I tahun 2026 mencapai Rp21.366.214.560,72 atau mencapai 30.5% dari target pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp70.000.000.000,00.

B. Rencana Tindak Lanjut

Untuk meningkatkan pencapaian kinerja agar lebih baik, rencana tindak lanjut yang akan dilakukan adalah:

- a. Penguatan keuangan dan optimalisasi pendapatan melalui pengembangan layanan baru, layanan eksekutif, MCU; efisiensi belanja melalui konsolidasi pengadaan; peningkatan kualitas dan kecepatan layanan klaim JKN.
- b. Efisiensi pelayanan dan pengelolaan tempat tidur dengan mengoptimalkan sistem *discharge planning* dan ruang transit, pemantauan utilisasi kamar secara digital
- c. Revitalisasi program pendidikan dan penelitian dengan mempermudah birokrasi perizinan penelitian, mengevaluasi kebijakan tarif nol menjadi subsidi terbatas, membangun komunitas ilmiah dan kompetisi riset internal
- d. Pengembangan SDM dan budaya organisasi melalui implementasi pelatihan LMS, monitoring progress JPL dan pelaporan sertifikat; sosialisasi dan penguatan nilai-nilai budaya kerja
- e. Percepatan pelaksanaan kegiatan dan anggaran

LAMPIRAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif pelanggan/ stakeholder				
1	Terwujudnya layanan terbaik level Asia	1.1	IKM 17.2.1 - Skor Kepuasan Pelanggan (CSAT)	90.64 nilai
2	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan, dan penelitian yang berkesinambungan	2.1	IKM 31.3 - Persentase Pendapatan yang Diperoleh Dari Semua Penelitian	0.5%
Perspektif bisnis internal				
3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	3.1	IKM 33.7 - Persentase Penerapan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) Terintegrasi Untuk Seluruh Layanan	50%
4	Terwujudnya tata kelola yang bersih dan akuntabel	4.1	IKM 33.9 - Skor BLU Maturity Rating	Level 3
		4.2	IKM 33.8 - Nilai SAKIP RSUP Surakarta	83 Nilai
5	Terwujudnya proses bisnis yang efektif dan efisien	5.1	IKM 16.3.1 - Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
6	Terwujudnya mutu layanan klinis yang baik dan konsisten	6.1	IKM 16.4.1 - Healthcare Associated Infections (HAIS) Rates	100%
		6.2	IKM 16.3.2 - Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) 7 Hari	≥80%
		6.3	IKM 16.3.3 - Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	≥75%
7	Terwujudnya kegiatan pemasaran yang inovatif dan berfokus pada pelanggan	7.1	IKM 33.9 - Persentase pendapatan Non JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS	20%
Perspektif pertumbuhan dan pembelajaran				
8	Terwujudnya SDM yang andal dan budaya organisasi yang ber-AKHLAK	8.1	IKM 33.1 - Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78 Nilai
		8.2	IKM 33.2 - Training Effectiveness Index (TEI)	73.75 %

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Keuangan				
9	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal	9.1	IKM 33.8 - EBITDA Margin (persentase terhadap pendapatan operasional netto)	1%
Indikator Direktif				
10	Meningkatnya kualitas layanan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	10.1	IKM 33.3 - Nilai kinerja anggaran RSUP Surakarta	92.75 Nilai
		10.2	IKM 33.4 - Indeks kualitas SDM RSUP Surakarta	82 Nilai
		10.3	IKM 33.5 -Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti RSUP Surakarta	95%
		10.4	IKM 33.6 - Persentase Realisasi Anggaran RSUP Surakarta	96%

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan Lanjutan
2. Program Dukungan Manajemen

Total Anggaran DIPA RSUP Surakarta

Anggaran

Rp. 68.177.113.000,-
Rp. 24.832.730.000,-

Rp.93.009.843.000,-

Pihak Kedua,



Azhar Jaya

Jakarta, 2 Januari 2026
Pihak Pertama,



Jamilatun Rosidah