

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/680/2026
TENTANG
PERJANJIAN KINERJA UNIT PELAKSANA TEKNIS DI LINGKUNGAN
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah dan meningkatkan kualitas pencapaian kinerja di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, diperlukan Perjanjian Kinerja yang dilaksanakan secara terencana, terukur, serta dievaluasi secara objektif dan berkelanjutan

b. bahwa evaluasi Perjanjian kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dilaksanakan berdasarkan Perjanjian Kinerja yang telah ditandatangani antara Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dan pimpinan Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan tentang Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 61 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 225, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6994);

2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah

(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 tentang Tata Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 96, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4663);
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
5. Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 357);
6. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
7. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Penyusunan Indikator Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 20/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
9. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 12 Tahun 2014 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi SAKIP.
11. Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

2416/Menkes/Per/XII/ 2011 tentang Petunjuk Pelaksana Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;

13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 1048);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN TENTANG PERJANJIAN KINERJA UNIT PELAKSANA TEKNIS DILINGKUNGAN DITJEN KESEHATAN LANJUTAN
- KESATU : Menetapkan Perjanjian kinerja Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan yang selanjutnya disebut Perjanjian Kinerja sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan direktur jenderal ini.
- KEDUA : Perjanjian Kinerja sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU bertujuan sebagai :
- a. komitmen antara unit pelaksana teknis dan direktur jenderal untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, transparansi, dan kinerja Aparatur; menciptakan tolak ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja Aparatur;
 - b. penilaian pencapaian tujuan dan sasaran organisasi;
 - c. pertimbangan pemberian penghargaan dan sanksi;
 - d. pelaksanaan monitoring, evaluasi dan supervisi atas perkembangan/kemajuan kinerja unit pelaksana teknis; dan
 - e. penetapan sasaran kinerja pegawai.
- KETIGA : Perjanjian Kinerja sebagaimana dimaksud dalam Diktum kesatu disusun dan ditandatangani oleh pimpinan satuan kerja Unit Pelaksana Teknis dan Direktur Jenderal.

- KEEMPAT : Perjanjian kinerja disusun setiap tahun untuk jangka waktu periode pencapaian selama 5 (lima) tahun sesuai dengan siklus perencanaan strategis.
- KELIMA : Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud diktum keempat disusun dengan memperhatikan dokumen pelaksanaan anggaran, indikator kinerja kegiatan yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis atau dokumen yang dipersamakan, indikator kinerja direktif, dan/atau indikator kinerja lainnya yang diamanahkan dari pimpinan.
- KEENAM : Perjanjian Kinerja dapat dilakukan perubahan atau disesuaikan dalam hal terjadi kondisi :
- a. terjadi pergantian atau mutasi Pejabat;
 - b. perubahan dalam strategi yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan sasaran (perubahan program, kegiatan dan alokasi anggaran); dan
 - c. perubahan prioritas atau asumsi yang berakibat secara signifikan dalam proses pencapaian tujuan dan sasaran
- KETUJUH : Perjanjian kinerja sebagaimana dimaksud diktum KESATU dilakukan penilaian oleh tim penilai secara berkala setiap 3 (tiga) bulan dan penilaian akhir.
- KEDELAPAN : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal, 26 Februari 2026

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan



Rico Mardiansyah, SH, MH
NIP. 198603192010121004

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
KESEHATAN LANJUTAN
NOMOR HK.02.02/D/680/2026
TENTANG
PERJANJIAN KINERJA UNIT PELAKSANA
TEKNIS DI LINGKUNGAN
DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN
LANJUTAN

BAB I

Pendahuluan

A. Latar Belakang

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang berorientasi pada hasil serta meningkatkan akuntabilitas kinerja di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, diperlukan pengelolaan kinerja yang terencana, terukur, dan berkesinambungan. Salah satu instrumen utama dalam Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) adalah Perjanjian Kinerja.

Unit Pelaksana Teknis (UPT) sebagai ujung tombak pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan memiliki peran strategis dalam pencapaian sasaran program dan kegiatan di bidang kesehatan lanjutan. Oleh karena itu, diperlukan Perjanjian Kinerja yang jelas, terukur, dan selaras dengan perencanaan strategis Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan serta kebijakan Kementerian Kesehatan.

Untuk memastikan ketercapaian target kinerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) serta meningkatkan efektivitas pelaksanaan tugas dan fungsi, diperlukan mekanisme penilaian Perjanjian Kinerja yang objektif, transparan, dan akuntabel. Penilaian tersebut menjadi dasar dalam evaluasi kinerja, pembinaan, dan peningkatan kinerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) secara berkelanjutan.

Berdasarkan hal tersebut, perlu perlu disusun pedoman terkait Perjanjian Kinerja sebagai pedoman bagi seluruh Unit Pelaksana Teknis (UPT) dalam menyusun, melaksanakan, dan mengevaluasi kinerja.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Maksud ditetapkananya Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan ini adalah sebagai pedoman bagi Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dalam penyusunan, pelaksanaan, pemantauan, dan penilaian Perjanjian Kinerja secara sistematis, terukur, dan akuntabel.

2. Tujuan

- a. Menjamin keselarasan antara perencanaan strategis Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan pelaksanaan kinerja Unit Pelaksana Teknis.
- b. Meningkatkan akuntabilitas kinerja Kepala Unit Pelaksana Teknis dan jajarannya.
- c. Menjadi dasar dalam pengukuran, pemantauan, dan evaluasi kinerja Unit Pelaksana Teknis.
- d. Mendorong peningkatan kinerja Unit Pelaksana Teknis secara berkelanjutan dalam mendukung pencapaian sasaran program kesehatan lanjutan.
- e. Menyediakan informasi kinerja yang andal sebagai bahan pengambilan keputusan dan pembinaan manajemen.

C. Ruang Lingkup

1. Penyusunan Perjanjian Kinerja Kepala Unit Pelaksana Teknis.
2. Penetapan indikator kinerja dan target kinerja Unit Pelaksana Teknis.
3. Pelaksanaan dan pemantauan Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
4. Penilaian dan evaluasi Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
5. Pelaporan hasil pelaksanaan kinerja Unit Pelaksana Teknis sebagai bagian dari akuntabilitas kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

D. Sasaran

1. Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.
2. Kementerian Kesehatan.
3. Seluruh pihak yang terlibat dalam pengelolaan dan penilaian kinerja Unit Pelaksana Teknis.

E. Definisi dan Pengertian

1. Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan adalah unit eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan lanjutan.
2. Unit Pelaksana Teknis (UPT) adalah organisasi yang bersifat mandiri yang melaksanakan tugas teknis operasional dan/atau tugas teknis penunjang tertentu dari organisasi induk
3. Perjanjian Kinerja adalah dokumen yang memuat penugasan dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan kepada Kepala Unit Pelaksana Teknis untuk melaksanakan program dan kegiatan disertai dengan indikator kinerja dan target kinerja.
4. Penilaian Perjanjian Kinerja adalah proses pengukuran dan evaluasi terhadap tingkat pencapaian target kinerja yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
5. Indikator Kinerja adalah ukuran kuantitatif dan/atau kualitatif yang digunakan untuk menilai keberhasilan pencapaian sasaran kinerja UPT.
6. Target Kinerja adalah hasil yang ingin dicapai dari setiap indikator kinerja dalam periode tertentu.
7. Akuntabilitas Kinerja adalah kewajiban Unit Pelaksana Teknis untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan tugas dan fungsi kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.
8. SAKIP adalah Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB II

Indikator Kinerja

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU) untuk mengukur kinerja rumah sakit sesuai dengan sasaran strategis sebagai berikut:

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional dan sumber data	Formula	Target RSV	Periode Pelaporan
1.	Meningkatkan efisiensi biaya	EBITDA margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	- 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 Neto 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 <i>demolish</i> gedung, dan lain-lain), maka kegiatan non-operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT. - Pencapaian target EBITDA margin setiap rumah sakit berdasarkan kelompok klaster yang merujuk kepada tipe organisasi rumah sakit. - Pencapaian target EBITDA margin	$\left(\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan Operasional Neto}} \right) \times 100\%$	Tahun 1 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1% Tahun 2 Kluster 1: 15% Kluster 2: 10% Kluster 3: 1% Tahun 3 Kluster 1: 15% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2% Tahun 4 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 2% Tahun 5 Kluster 1: 20% Kluster 2: 15% Kluster 3: 3%	Bulanan, tahunan (audited)

			untuk UPT di luar rumah sakit menggunakan target klaster 3 *) Sumber: Kepdirjen Nomor HK.02.02/D/44418/2024			
2.	Memberikan pengalaman terbaik bagi pasien	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No.14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada: • Poliklinik; • Rawat inap; • IGD; dan • Laboratorium Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur survei kepuasan masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana. Pengukuran respon survei menggunakan Skala <i>Likert</i>, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat	Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1)/(\text{Jumlah Unsur})$ Nilai Survei kepuasan = $(\text{Total dari Nilai Persepsi Per unsur}/\text{Total Unsur yang Terisi})^*$ Nilai Penimbang Konversi Nilai Survei Kepuasan = $\text{Nilai Survei Kepuasan}^* 25$ Total Nilai Kepuasan = Penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur	Tahun 1 - Tahun 3: Baik Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Baik	semesteran

			untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan : Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Metode pengolahan data : 1. Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan, atau dihitung dengan rumus: $S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{\{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q\}}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang terisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapat nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi)			
--	--	--	---	--	--	--

2. Menghitung kepuasan pasien di satu unit
 - Jumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit
3. Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit
 - Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit
 - Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit

Tabel Konversi Nilai Kepuasan

Nilai Persepsi	Nilai Interval (NI)	Nilai Interval Konversi (NIK)	Mutu Pelayanan (x)	Kinerja Pelayanan
1	1,00 – 2,5996	25,00 – 64,99	D	Tidak Baik
2	2,60 – 3,064	65,00 – 76,60	C	Kurang Baik
3	3,0644 – 3,532	76,61 – 88,30	B	Baik
4	3,5324 – 4,00	88,31 – 100,00	A	Sangat Baik

*Contoh draf pertanyaan survei kepuasan pasien terdapat di lampiran 1.

			Sumber data : hasil survey eksternal			
3.	Meningkatkan capaian pengampuan penyakit prioritas untuk Rumah Sakit Vertikal (RSV)	Persentase pencapaian RS diampu pada pelayanan KJSU-KIA dengan strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya	- Jumlah RS diampu pada pelayanan KJSU-KIA dengan pencapaian strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya dari jumlah RS yang harus diampu pada RSV yang menjadi pengampu pelayanan KJSU-KIA. - Pengampu KJSU-KIA ditetapkan melalui 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. - Indikator ini ditujukan untuk RSV yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu regional mengacu pada 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.	Jumlah RS diampu pelayanan KJSU-KIA dengan pencapaian strata pengampuan minimal madya sesuai target layanannya dibagi jumlah RS yang seharusnya diampu dikali 100%	Tahun 1 (2025) : 20% Tahun 2 (2026) : 45% Tahun 3 (2027) : 55% Tahun 4 (2028) : 70% Tahun 5 (2029) : 80%	triwulanan

			- Adapun daftar RS Diampu mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, dan Kesehatan Ibu dan Anak - Strata pengampuan merujuk pada Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pengampuan KJSU-KIA Sumber data : data program kemenkes			
4.	Mendorong inovasi melalui <i>Clinical Research Unit</i> (CRU)	% pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian	- Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit. - Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. - Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis. - Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada	(total pendapatan dari semua penelitian CRU ÷ total Pendapatan Operasional) x 100%	Tahun 1-5 Rumah Sakit Pendidikan Utama: 2% tiap tahun Rumah Sakit Pendidikan Satelit: 1% tiap tahun	bulanan

			Permenkes No. 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya. Sumber data : laporan keuangan RS			
--	--	--	--	--	--	--

Target pendapatan penelitian diklusterisasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2022 dan/atau perbaruannya, dan memperhitungkan seluruh aktivitas penelitian sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Sardjito	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Kariadi	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Hasan Sadikin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Anak dan Bunda Harapan Kita	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Persahabatan	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Kanker Dharmais	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Fatmawati	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSPON Mahar Mardjono	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Mata Cicendo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP dr. I.G.N.G. Ngoerah	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. M. Djamil	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RS Adam Malik	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Dr. Mohamad Hoesin	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou	Utama	2%	2%	2%	2%	2%
RSPI Prof. Sulianti Saroso	Utama	2%	2%	2%	2%	2%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Prof. Dr. Soerojo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ Dr. Soeharto Heerdjan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. M. Goenawan Partowidigdo	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. Ario Wirawan	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSP Dr. H. A. Rotinsulu	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Orthopedi Dr. Soeharso	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Ketergantungan Obat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Sitanala	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Rivai Abdullah	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Otak Dr. Drs. M. Hatta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Surakarta	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RS Mata Makassar	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Dr. Johannes Leimena	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP Ratatotok Buyat	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%
RSUP dr. Ben Mboi	Satelit	1%	1%	1%	1%	1%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
5.	Meningkatkan transformasi digital pada proses bisnis utama	% penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk seluruh layanan	Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 Tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i>. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup : - Persentase integrasi RME ke SatuSehat¹ (W: 20%) - Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit <i>online</i> dengan Antrian BPJS : (W: 20%) - Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>² : (W: 20%) - Persentase integrasi <i>Human Resources Information System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS³: (W: 20%) - Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS⁴: (W: 20%) Catatan: - Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan <i>ter-update</i> di dalam SatuSehat - Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan Laporan “<i>Back</i>	$(\sum (A \times W) + (B \times W) + (C \times W) + (D \times W) + (**E \times W))$ * W = <i>weight</i>/bobot	Tahun 1: 25% Tahun 2: 50% Tahun 3: 75% Tahun 4: 90% Tahun 5: 100%	Tahunan

			<i>Office</i>” dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Inventori 3. Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa / pelayanan yang diberikan, dan menerapkan Laporan “<i>Back Office</i>” dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan SDM/HRD 4. Sistem <i>Finance</i> terintegrasi dengan SAKTI (untuk pelaporan dengan metode SAP) serta dapat menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan laporan “<i>Back Office</i>” dalam <i>ERP System</i> untuk Laporan Keuangan / <i>Finance</i> berbasis SAK			
6.	Memastikan tata kelola perusahaan yang kuat	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Rumah sakit mengukur BLU <i>Maturity Rating</i> merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU <i>Service and Governance Maturity Rating</i> (BLUSmart) A. <i>Result Based</i> • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren	Total Skor = Bobot x Capaian Maturitas	Merujuk kepada Target <i>Maturity rating</i> RPJMN 2025- 2029* *Terdapat di lampiran 3.	tahunan

			capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>output</i> yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kuantitatif. • Pada <i>result based</i>, aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan. B. <i>Process Based</i> • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing- masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>input</i> maupun <i>output</i> yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan. • Pada <i>process based</i> aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas: <i>Level 1: Initial or ad hoc; Level 2: Managed; Level 3: Defined; Level 4: Predictable; dan Level 5: Optimizing</i> Capaian yang diakui adalah sesuai penilaian dari PPK-BLU Sumber data : aplikasi BIOS PPK BLU			
--	--	--	---	--	--	--

BLU *Maturity Rating Score* mengacu pada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021 dengan target yang telah disesuaikan sebagai berikut:

RUMAH SAKIT	Baseline (Capaian 2023)	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUP Dr. Ben Mboi	-	-	-	-	Level 2	Level 2
RSUP Fatmawati	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Johannes Leimena	-	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	3.33	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Dr. Kariadi	4.18	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. M. Djamil	3.94	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Mohammad Hoesin	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Prof I.G.N.G Ngoerah	3.48	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP Persahabatan	3.77	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP dr. Rivai Abdullah	2.77	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	4.08	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP H. Adam Malik	3.72	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Hasan Sadikin	3.60	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	3.70	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sardjito	4.23	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Sitanala	3.20	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3.68	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Surakarta	3.65	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3.16	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3
RS Mata Cicendo	3.35	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Mata Makassar	2.73	Level 2	Level 2	Level 2	Level 2	Level 3
RS Pusat Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	3.84	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4

RS Otak Drs.M. Hatta	3.43	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Anak Bunda Harapan Kita	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Marzoeke Mahdi	3.27	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soeharto Heerdjan	3.58	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RSJ Soerojo	3.19	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Jantung Pembuluh Darah Harapan Kita	3.98	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Kanker Dharmais	3.64	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Ketergantungan Obat	3.49	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso	3.69	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4	Level 4
RS Paru Ario Wirawan	3.31	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3.71	Level 3	Level 4	Level 4	Level 4	Level 4
RS Paru Dr. Rotinsulu	3.40	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3.08	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
7	Meningkatkan efisiensi efektivitas proses bisnis	<i>Bed Occupancy Rate/ BOR</i>	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu	$\frac{[\text{Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat tidur} \times \text{Jumlah hari dalam satu periode)}]}{100\%}$	Tahun 1: 70% Tahun 2: 70% Tahun 3: 70% Tahun 4: 70% Tahun 5: 70%	Tahunan
8.	Memberikan pelayanan berkualitas	Penurunan angka kejadian Infeksi terkait pelayanan kesehatan (ITPK)/ <i>Healthcare</i>	- Surveilans ITPK/HAI's merujuk kepada pedoman Surveilans ITPK/HAI's yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. - Jumlah insiden HAI's untuk 4 poin infeksi:	Penghitungan:	Tahun 1 : 100% Tahun 2 : 100% Tahun 3 : 100% Tahun 4 : 100% Tahun 5 : 100%	tahunan

		Associated Infections (HAIs)	a. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)/ Infeksi Saluran Kemih Terkait kateter (jumlah kasus CAUTI* dibagi jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1.000 Keterangan: CAUTI*: Jumlah terjadinya kasus CAUTI (bukan per orang) b. VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)/Pneumonia terkait penggunaan ventilator (jumlah kasus VAP** dibagi jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1.000 Keterangan: VAP**: Jumlah terjadinya kasus VAP bukan per orang c. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>)/ Infeksi aliran darah terkait penggunaan kateter vena sentral di ruang ICU, HCU, NICU PICU) (jumlah kasus CLABSI dibagi jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral) x 1.000 d. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>)/ Infeksi Daerah Operasi (jumlah kasus SSI1 dibagi jumlah tindakan operasi) x 100 3. Setiap rumah sakit ditargetkan menurunkan angka Kejadian Infeksi	Jumlah jenis kasus ITPK/ HAIs yang menurun ≥ 10% ----- X 4 Jenis kasus HAIs 100%		
--	--	------------------------------	---	---	--	--

			≥ 10% per jenis ITPK/HAI's per tahun. 4. <i>Baseline</i>/data dasar penghitungan penurunan ITPK/HAI's diambil dari data RS tahun sebelumnya. Adapun <i>baseline</i>/data dasar tahun 2026 merujuk pada data HAIs TW1 tahun 2026 Sumber data : - data surveilans HAIs RS - CAUTI, CLABSI, VAP/HAP dan SSI			
9.	Memberikan layanan klinis Dengan mutu yang baik dan konsisten	% standar klinis yang tercapai (sesuai dengan layanan unggulan yang dipilih RS)	Indikator % standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai oleh rumah sakit. Untuk rumah sakit memilih minimal dua layanan unggulan untuk diukur indikator persentase standar klinis yang tercapai sesuai target capaian. Kelompok indikator yang diukur sebagai berikut: • Layanan Stroke • Layanan Kanker • Layanan Jantung • Layanan Uronefrologi • Layanan Kesehatan Ibu dan Anak • Layanan Respirasi • Layanan Diabetes Mellitus • Layanan Gastrohepatologi	% standar klinis yang tercapai = (Jumlah Indikator Tercapai) / (Jumlah Seluruh Indikator yang dipilih Rumah Sakit) x 100%	Tahun 1 - Tahun 5: 80%	bulanan

			• Layanan Kesehatan Jiwa • Layanan PINERE • Layanan Mata • Layanan Ortopedi Sumber data : rekam medis			
--	--	--	---	--	--	--

Evaluasi indikator klinis akan menggunakan indikator standar klinis yang sesuai dengan layanan unggulan rumah sakit sebagai berikut:

Inisiatif	Indikator		Target
Layanan Stroke	1	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	> 80%
	2	Pasien Stroke Iskemik dengan Onset <4,5 jam yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena	> 80%
	3	Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari	> 80%
	4	Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup	> 90%
Layanan Kanker	1	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari	> 80%
	2	Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (<i>One Day Care</i>) dgn CP	> 80%
	3	Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi tanpa Komplikasi 5 Hari	> 80%
	4	<i>Overall Treatment Time</i> Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa booster) 40 hari	> 80%
Layanan Jantung	1	“ <i>Door to Balloon</i> ” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI	> 80%
	2	Terapi Fibrinolitik: “ <i>door to needle</i> ” ≤ 30 menit pada pasien STEMI	> 80%
	3	Mortalitas CABG/bedah pintas arteri koroner severitas 1	< 10%

	4	Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1	> 95%
Layanan Uronefrologi	1	Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam	> 80%
	2	Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis pada Pasien PGTA yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan	> 60%
	3	Pencapaian Pasien CAPD dibandingkan Seluruh Pasien yang Menjalani Dialisis	> 3%
	4	<i>Stone Free Rate</i> Tindakan PCNL batu non- staghorn	> 80%
	5	<i>Stone Free Rate</i> Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm	> 60%
	6	Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari	> 80%
Layanan Kesehatan Ibu dan Anak	1	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - <1500 gr	> 80%
	2	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	> 90%
	3	Kejadian kematian ibu karena preeklampsia /eklampsia di RS	< 10%
	4	Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan	<1%
Layanan Respirasi	1	Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)	> 60%
	2	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek	> 50%
	3	Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang	> 50%
	4	Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)	> 50%
Layanan Diabetes Mellitus	1	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C	↑ 20%
	2	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL	↑ 20%
	3	Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah	↑ 20%

	4	Skrining Komplikasi Mikrovaskular	↑ 50%
	5	Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM	↑ 20%
	6	Peningkatan >20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak & remaja	↑ 20%
	7	Peningkatan >20% proporsi anak dan remaja dengan diabetes yang melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri	↑ 20%
	8	Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20%	< 20%
	9	Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %	< 5 %
Layanan Gastrohepatologi	1	Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan	> 20%
	2	Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami <i>early rebleeding</i> (24 jam) paska endoskopi hemostatik	> 80%
	3	Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan	> 80%
Layanan Kesehatan Jiwa	1	Optimalisasi perawatan pasien skizofrenia	> 60%
	2	Pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup	> 70%
	3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safewards</i> dan WHO- <i>Quality Right</i>	> 80%
	4	Penyelenggaraan Layanan NAPZA berbasis <i>Safewards</i> dan WHO- <i>Quality Right</i>	> 80%
Layanan PINERE	1	Kecepatan penangananawat darurat (<i>Emergency Respond Time</i>) <i>Severe Acute Respiratory Infection</i> (SARI) <15 menit	> 80%
	2	Pelayanan Pasien Difteri Sesuai dengan Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	> 80%
Layanan Mata	1	Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak	< 1,2%
	2	Angka Kejadian Endoftalmitis Paska Injeksi Anti-VEGF Intravitreal	< 1%
	3	Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG	>80%

Layanan Ortopedi	1	Pasien fraktur terbuka dengan <i>emergency respond time</i> 2 < 120 menit	> 60%
	2	Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup	< 2%
	3	Waktu tunggu operasi urgen	> 80%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
10	Meningkatkan pendapatan Non-JKN	% pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit	- Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). - Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung oleh JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN. - Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN. - Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 Tahun 2022 Sumber data : laporan MKKO RS	$\left(\frac{\text{Pendapatan non-JKN}}{\text{total Pendapatan Operasional}} \right) \times 100\%$	Tahun 1 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit Tahun 2 Kluster 1: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit Tahun 3 Kluster 1: 50% Kluster 2: Ditentukan oleh rumah sakit Kluster 3: Ditentukan oleh rumah sakit Tahun 4 Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: Ditentukan	bulanan

					oleh rumah sakit	
					Tahun 5 Kluster 1: 50% Kluster 2: 50% Kluster 3: 50%	

Target pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan rumah sakit diklusterisasi sesuai dengan Permenkes No.26 Tahun 2022 sebagai berikut :

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Sardjito	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RSUP Dr. Kariadi	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita	1	TBD	TBD	50%	50%	50%
RS Kanker Dharmais	1	TBD	TBD	50%	50%	50%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RSJ Marzoeki Mahdi	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Prof I.G.N.G. Ngoerah	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. M. Djamil	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Anak dan Bunda Harapan Kita	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSP Otak Nasional Prof.Dr.dr Mahar Mardjono	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RS Mata Cicendo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%

RS Ortopedi Soeharso	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Persahabatan	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Moh. Hoesin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Sadikin	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Fatmawati	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Prof.Dr. R.D Kandou	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%
RSUP Dr. Sudirohusodo	2	TBD	TBD	TBD	50%	50%

RUMAH SAKIT	KLUSTER	TARGET				
		2025	2026	2027	2028	2029
RS Paru Ario Wirawan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Mata Makassar	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Tadjuddin Chalid	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Sitanala	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Ben Mboi	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Goenawan Partowidigdo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soerojo	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Ketergantungan Obat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Soeharto Heerdjan	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Otak Drs. M. Hatta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Pusat Infeksi Prof.Dr. Sulianti Saroso	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RS Paru Dr. Rotinsulu	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSJ Radjiman Wediodiningrat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Dr. Johannes Leimena	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%

RSUP Surakarta	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP H. Adam Malik	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Rivai Abdullah	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%
RSUP Ratatotok Buyat	3	TBD	TBD	TBD	TBD	50%

No	Objektif	Indikator	Definisi Operasional	Rumus	Target RSV	Periode Pelaporan
11	Memungkinkan budaya kerja yang produktif, kolaboratif dan positif	Skor tingkat kepuasan pegawai	Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit. Unsur Survei Kepuasan Pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur yaitu: • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan	Bobot nilai rata-rata tertimbang = $\frac{(1)}{(\text{jumlah unsur})}$ Nilai Survei Kepuasan = $\frac{(\text{total dari nilai persepsi per unsur / total unsur yang terisi}) * \text{nilai penimbang}}{\text{konversi nilai survei kepuasan}}$ Nilai Survei Kepuasan = $\frac{(\text{total nilai survei kepuasan} * 25)}{\text{penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur}}$	Tahun 1 - Tahun 3: Puas Tahun 4 - Tahun 5: Sangat Puas	semesteran

			karier • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit Pengukuran respon survei menggunakan Skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan. Metode Pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal. Sumber data : hasil survey eksternal			
12	Memfasilitasi program pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i>	<i>Training Effectiveness Index (TEI)</i> • Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) • Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang difasilitasi oleh rumah sakit Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit adalah berupa pembiayaan pelatihan	TEI: % Tenaga Kesehatan dan Tenaga Medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh Rumah Sakit	Tahun 1: 70% Tahun 2: 73.75% Tahun 3: 77.5% Tahun 4: 81.25% Tahun 5: 85%	semesteran

BAB III

Penyusunan, pelaporan dan penilaian perjanjian kinerja

A. Tata Cara Penyusunan Perjanjian Kinerja

1. Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis disusun setiap awal tahun anggaran oleh Kepala Unit Pelaksana Teknis sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
2. Penyusunan Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilaksanakan dengan mengacu pada:
 - a. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan;
 - b. Rencana Strategis Bisnis Unit Pelaksana Teknis;
 - c. alokasi anggaran yang ditetapkan untuk Unit Pelaksana Teknis.
3. Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis memuat sasaran kinerja, indikator kinerja, target kinerja, serta program dan kegiatan yang akan dilaksanakan dalam satu tahun anggaran.
4. Penetapan indikator kinerja harus memenuhi prinsip **SMART** (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, dan Time-bound) serta selaras dengan indikator kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.
5. Draf Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis disampaikan kepada unit kerja pembina untuk dilakukan reviu kesesuaian dan keterpaduan dengan perencanaan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.
6. Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis ditetapkan dan ditandatangani oleh Kepala Unit Pelaksana Teknis serta disahkan oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan atau pejabat yang ditunjuk.
7. Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis yang telah ditetapkan menjadi dasar pelaksanaan program, kegiatan, dan pengelolaan anggaran pada Unit Pelaksana Teknis.

B. Tata Cara Pelaporan Perjanjian Kinerja

1. Pelaporan Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilakukan secara berjenjang dan berkala sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Pelaporan kinerja Unit Pelaksana Teknis dilakukan paling sedikit:
 - a. secara triwulanan; dan
 - b. secara tahunan melalui Laporan Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
3. Laporan kinerja Unit Pelaksana Teknis memuat paling sedikit:

- a. capaian indikator kinerja dibandingkan dengan target dan progress kegiatan (untuk indikator yang periode pelaporannya semesteran atau tahunan);
 - b. realisasi pelaksanaan program dan kegiatan;
 - c. realisasi penggunaan anggaran;
 - d. permasalahan dan hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan kinerja; serta
 - e. rencana tindak lanjut dan upaya perbaikan kinerja.
4. Laporan kinerja disusun secara objektif, akurat, tepat waktu, dan dapat dipertanggungjawabkan mengacu pada aturan yang berlaku
 5. Laporan kinerja Unit Pelaksana Teknis disampaikan kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan melalui sekretariat direktorat jenderal kesehatan lanjutan c.q tim kerja perencanaan program evaluasi pelaporan.
 6. laporan kinerja disampaikan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya setelah triwulan berakhir.
 7. Laporan kinerja digunakan sebagai bahan pemantauan dan evaluasi kinerja serta sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

C. Tata Cara Penilaian Perjanjian Kinerja

1. Penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilakukan untuk menilai tingkat pencapaian target kinerja sebagaimana ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja.
2. Penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilaksanakan secara periodik dan/atau tahunan oleh tim penilai yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan alur sebagai berikut :
 - a. Capaian perjanjian kinerja diverifikasi dan divalidasi oleh tim pengampu indikator paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya setelah triwulan berakhir
 - b. Capaian perjanjian kinerja yang sudah terverifikasi dan tervalidasi disampaikan ke sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan c.q tim kerja Perencanaan Program Evaluasi Pelaporan dan timker Organisasi sumber daya manusia paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya setelah triwulan berakhir, yang kemudian akan dibuatkan laporan capaian perjanjian kinerja Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

- c. laporan capaian perjanjian kinerja Unit Pelaksana Teknis akan dilaporkan ke Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan paling lambat tanggal 16 bulan berikutnya setelah triwulan berakhir
 - d. laporan capaian perjanjian kinerja Unit Pelaksana Teknis akan menjadi bahan pertimbangan penilaian sasaran kinerja pegawai (SKP) pimpinan Unit Pelaksana Teknis dilingkungan Ditjen Keslan oleh Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.
3. Penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilakukan dengan memperhatikan:
- a. capaian indikator kinerja dan sasaran kinerja;
 - b. kesesuaian antara perencanaan dan realisasi pelaksanaan kinerja;
 - c. efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran; dan
 - d. ketepatan waktu serta kualitas pelaporan kinerja.
4. Hasil penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dituangkan dalam bentuk nilai kinerja dan/atau kategori kinerja sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Hasil penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis digunakan sebagai:
- a. bahan evaluasi dan pembinaan kinerja Unit Pelaksana Teknis;
 - b. dasar perbaikan perencanaan dan pelaksanaan kinerja tahun berikutnya;
 - c. dasar pemberian penghargaan dan/atau penerapan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
6. Unit Pelaksana Teknis wajib menindaklanjuti hasil penilaian Perjanjian Kinerja dalam rangka peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

BAB IV

Tim penilai Perjanjian Kinerja

A. Pembentukan Tim Penilai

1. Dalam rangka pelaksanaan evaluasi kinerja Unit Pelaksana Teknis secara sistematis, terukur, dan akuntabel sesuai dengan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), dibentuk Tim Penilai Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
2. Tim Penilai Perjanjian Kinerja ditetapkan dengan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.
3. Tim Penilai bersifat ad hoc dan dibentuk untuk melaksanakan penilaian Perjanjian Kinerja dalam satu periode tahun anggaran.
4. Tim Penilai bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan.

B. Susunan Tim Penilai

1. Tim Penilai Perjanjian Kinerja terdiri atas:
 - a. Ketua;
 - b. Sekretaris; dan
 - c. Anggota.
2. Susunan Tim Penilai berasal dari unsur:
 - a. Tim kerja yang menjadi pengampu indikator
 - b. Tim kerja yang membidangi perencanaan kinerja dan organisasi sumber daya manusia;
 - c. Tim kerja yang membidangi keuangan dan anggaran;
 - d. Tim kerja teknis terkait;
3. Susunan Tim Penilai ditetapkan dengan memperhatikan prinsip independensi, profesionalitas, dan objektivitas penilaian.

C. Tugas dan Fungsi Tim Penilai

1. Tim Penilai Perjanjian Kinerja mempunyai tugas:
 - a. menyusun rencana pelaksanaan penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis;

- b. melakukan pengukuran dan evaluasi atas capaian kinerja Unit Pelaksana Teknis berdasarkan indikator kinerja dan target yang telah ditetapkan;
 - c. melakukan reviu keselarasan antara perencanaan kinerja, pelaksanaan kinerja, dan hasil kinerja;
 - d. melakukan verifikasi dan validasi data serta dokumen pendukung capaian kinerja;
 - e. menyusun laporan hasil penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis.
2. Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Penilai berfungsi sebagai instrumen pengendalian dan peningkatan kinerja Unit Pelaksana Teknis.
3. Tim Penilai bertanggung jawab atas keandalan, objektivitas, dan akuntabilitas hasil penilaian Perjanjian Kinerja.

D. Mekanisme Pelaksanaan Penilaian

1. Penilaian Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis dilaksanakan dengan pendekatan manajemen kinerja berbasis hasil (result-based performance management).
2. Penilaian dilakukan dengan memperhatikan aspek:
 - a. capaian sasaran kinerja dan indikator kinerja utama;
 - b. keterkaitan antara output dan outcome;
 - c. efisiensi dan efektivitas pemanfaatan sumber daya;
 - d. kualitas pelaporan kinerja.
3. Metode penilaian dapat dilakukan melalui:
 - a. telaah dokumen Perjanjian Kinerja dan laporan kinerja;
 - b. verifikasi dan validasi data capaian kinerja;
 - c. klarifikasi dan/atau wawancara dengan Unit Pelaksana Teknis;
 - d. peninjauan lapangan apabila diperlukan.

E. Pemanfaatan Hasil Penilaian

1. Hasil penilaian Perjanjian Kinerja digunakan sebagai:
 - a. bahan evaluasi kinerja Unit Pelaksana Teknis;
 - b. dasar pembinaan dan peningkatan kinerja;
 - c. dasar penyempurnaan perencanaan kinerja dan penganggaran tahun berikutnya;

- d. bahan pertimbangan dalam pemberian penghargaan dan/atau penerapan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
-
- 2. Unit Pelaksana Teknis wajib menindaklanjuti rekomendasi hasil penilaian Perjanjian Kinerja dalam rangka peningkatan kinerja yang berkelanjutan.
 - 3. Tindak lanjut hasil penilaian menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari siklus SAKIP di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

SUSUNAN TIM PENILAI PERJANJIAN KINERJA
UPT VERTIKAL DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN

Pelindung	:	Direktur Jenderal Kesehatan lanjutan
Penanggungjawab	:	1. Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan lanjutan 2. Direktur Pelayanan Klinis 3. Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan 4. Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan Rujukan 5. Direktur Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan 6. Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
Ketua	:	Ketua Tim Kerja Perencanaan Program Evaluasi Pelaporan Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan lanjutan
Sekretaris	:	Ketua Tim Kerja Organisasi Sumber Daya Manusia Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan lanjutan
Anggota	:	1. Ketua PMO Direktorat Jenderal Kesehatan lanjutan 2. Ketua Tim Kerja Anggaran 3. Ketua Tim Kerja Informasi dan Humas 4. Ketua Tim Kerja Keuangan dan Barang Milik Negara 5. Ketua Tim Kerja Pengawasan dan Kepatuhan Internal 6. Ketua Tim Kerja Hukum 7. Ketua Tim Hibah dan Pinjaman Luar Negeri 8. Ketua Tim Kerja Jejaring Pengampunan KJSU dan KIA 9. Ketua Tim Kerja Jejaring Pengampunan Non KJSU dan KIA 10. Ketua Tim Kerja Teknologi Biomedis 11. Ketua Tim Kerja Inovasi Genomik dan Molekuler serta Penelitian Klinis 12. Ketua Tim Kerja Penunjang Pelayanan Kesehatan Lanjutan

13. Ketua Tim Kerja Tata Kelola Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU)
14. Ketua Tim Kerja Tata Kelola Pelayanan Rumah Sakit
15. Ketua Tim Kerja Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit dan UPD
16. Ketua Tim Kerja AMR dan Pengendalian dan Pencegahan Infeksi

Sekretariat : 1.Ladesi Natalia Nababan, S. Si, MKM
2.Endah Sukowati, S.Sos
3. Welly Alfian, S.Kom
4. Ari Hermanto

DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN LANJUTAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya
Ketua Tim Kerja Hukum
Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

Rico Marchansyah, SH, MH
NIP.198603192010121004