

Nomor : PR.05.06/D.XXXVII/10944/2026

14 Juli 2026

Lampiran : Satu berkas

Hal : Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Semester I Tahun 2026

Yth. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan
Kementerian Kesehatan R.I
Jalan H.R Rasuna Said Blok X2 Kav. 4-9
Kuningan, Jakarta Selatan - 12950

Bersama ini kami sampaikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta Semester I Tahun 2026 beserta dengan hasil Reviu dari Satuan Pemeriksaan Internal sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan bersumber dari APBN dan BLU (Dokumen Terlampir).

Demikian disampaikan, atas perhatian Bapak diucapkan terima kasih.

Direktur Utama RS Pusat Otak Nasional
Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta,



dr. Adin Nulhasanah, Sp.S, M.A.R.S



Kemenkes
RSPON Mahar Mardjono



#BerAKHLAK
Berorientasi Pelayanan Akuntabel Kompeten
Harmonis Loyal Adaptif Kolaboratif

RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
PROF. DR. DR. MAHAR MARDJONO JAKARTA



Kementerian Kesehatan RI
Dirjen Kesehatan Lanjutan

LAKIP SEMESTER I TAHUN 2026



www.rspn.go.id

Jl. M.T. Haryono Kav 11
Cawang, Jakarta Timur – 13630
021-29373377

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RSPON Prof Dr dr MAHAR MARDJONO
Semester I Tahun 2026

Direktur Utama



dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S, MARS

Direktur Pelayanan Medik



dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



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

Direktur Perencanaan dan Keuangan



Arya Supriyadi, S.T., M.Sc., MBA

Direktur Layanan Operasional



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2026 Semester I dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Sekaligus sebagai implementasi prinsip akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Laporan ini disusun untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai capaian kinerja, pemanfaatan sumber daya, pelaksanaan program dan kegiatan, serta berbagai upaya yang telah dilakukan dalam mendukung pencapaian sasaran strategis organisasi.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih memiliki keterbatasan dan memerlukan penyempurnaan di masa mendatang. Oleh karena itu, berbagai masukan dan saran yang konstruktif sangat diharapkan guna meningkatkan kualitas penyusunan laporan serta kinerja organisasi secara berkelanjutan.

Apresiasi dan terima kasih kepada seluruh jajaran manajemen, tenaga kesehatan, serta seluruh pegawai RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono atas dedikasi dan kontribusinya dalam mendukung pencapaian kinerja selama semester 1 tahun 2026. Semoga Laporan Kinerja Instansi Pemerintah ini dapat memberikan manfaat sebagai media akuntabilitas, evaluasi, dan informasi bagi seluruh pemangku kepentingan dalam mendukung peningkatan kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono dimasa yang akan datang.

Jakarta, 14 Juli 2026

Direktur Utama



dr. Adin Nulhasanah, Sp.S. MARS

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
IKHTISAR EKSEKUTIF	1
BAB I PENDAHULUAN.....	3
A. Latar Belakang	3
B. Maksud dan Tujuan	4
C. Tugas Pokok, Fungsi, dan Struktur Organisasi	4
D. Sumber Daya Manusia	4
E. Isu Strategis Semester I Tahun 2026	5
F. Sistematika Penulisan	7
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	8
A. Rencana Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	8
B. Perjanjian Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono	10
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	14
A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja	14
B. Sumber Daya	71
1. Kinerja Pelayanan	71
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	79
3. Sumber Daya Keuangan.....	81
4. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	82
BAB IV PENUTUP	83
SARAN.....	84

DAFTAR TABEL

Tabel I. 1 Komposisi SDM Per 30 Juni 2026.....	5
Tabel II. 1 Matriks Perencanaan Kinerja Tahun 2026.....	9
Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2026.....	13
Tabel III. 1 Capaian IKU: CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan).....	16
Tabel III. 2 Rincian Perhitungan Survey Kepuasan Pelanggan Semester I Tahun 2026.....	17
Tabel III. 3 Capaian IKU: Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu sesuai Target.....	25
Tabel III. 4 Capaian IKU: Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian.....	30
Tabel III. 5 Capaian IKU: Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk seluruh Layanan.....	33
Tabel III. 6 Perhitungan Capaian HIS tahun 2025.....	34
Tabel III. 7 Capaian IKU: Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	35
Tabel III. 8 Capaian IKU: <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR).....	39
Tabel III. 9 Capaian IKU: <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	41
Tabel III. 10 Rincian Capaian <i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	42
Tabel III. 11 Capaian IKU: Persentase Standar Klinis ' <i>Stroke</i> ' yang Tercapai.....	44
Tabel III. 12 Rincian Capaian IKU Persentase Standar Klinis <i>Stroke</i> yang Tercapai.....	44
Tabel III. 13 Capaian IKU: Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS.....	47
Tabel III. 14 Capaian IKU: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai.....	49
Tabel III. 15 Capaian IKU: Pencapaian <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI).....	50
Tabel III. 16 Capaian IKU: EBITDA Margin.....	52
Tabel III. 17 Capaian IKU: Nilai Kinerja Penganggaran.....	55
Tabel III. 18 Capaian IKU: Realisasi Anggaran.....	56
Tabel III. 19 Rincian Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2026.....	57
Tabel III. 20 Capaian IKU: Indeks Kualitas SDM.....	58
Tabel III. 21 Capaian IKU : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti.....	61
Tabel III. 22 Capaian IKU: Nilai SAKIP.....	63
Tabel III. 23 Capaian IKU: Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi.....	64
Tabel III. 24 Rekapitulasi Capaian & Anggaran IKU Semester 1 Tahun 2026.....	66
Tabel III. 25 Capaian IKT Semester 1 tahun 2026.....	67
Tabel III. 26 Rincian Pendapatan Per 30 Juni 2026.....	81
Tabel III. 27 Rincian Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2026.....	82
Tabel III. 28 Rincian penggunaan BMHP tindakan Operasi.....	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Tahun 2026.....	10
Gambar III. 1 Skor Survey Kepuasan Pelanggan Semester I Tahun 2026.....	17
Gambar III. 2 Pencapaian Lokus yang dikelola/diampu Semester I Tahun 2026.....	27
Gambar III. 3 Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian Semester I 2026.....	31
Gambar III. 4 Kertas Kerja Penilaian BLU <i>Maturity Rating</i>	37
Gambar III. 5 Tren capaian Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras $\leq$ 30 Menit (>80%) tahun 2025 vs 2026	45
Gambar III. 6 Kunjungan Rawat Jalan	71
Gambar III. 7 Kunjungan IGD.....	72
Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Inap	73
Gambar III. 9 Pelayanan Bedah Sentral.....	75
Gambar III. 10 Pelayanan Radiologi.....	76
Gambar III. 11 Pelayanan Laboratorium	78

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2026 disusun sebagai **laporan kemajuan (progress report)** atas pelaksanaan Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Berbeda dengan LAKIP Tahunan yang mengevaluasi hasil akhir, laporan ini berfungsi sebagai instrumen pengendalian manajemen untuk menilai posisi pencapaian indikator sampai dengan 30 Juni 2026, mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja, serta menetapkan langkah percepatan pada Semester II agar target tahunan dapat tercapai.

Sampai dengan Semester I Tahun 2026, RSPON melaksanakan **12 Sasaran Strategis** yang diukur melalui **18 Indikator Kinerja**. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa sebagian indikator telah mencapai target Semester I, sementara indikator lainnya masih berada pada tahap implementasi dan memerlukan percepatan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan Perjanjian Kinerja masih berada pada jalur pencapaian (**on track**) dengan tetap memerlukan penguatan pada indikator-indikator strategis, khususnya yang berkaitan dengan kinerja keuangan, optimalisasi pendapatan BLU, transformasi digital, dan pengembangan jejaring pengampunan nasional.

Selama Semester I, RSPON juga berhasil mempertahankan berbagai capaian strategis, antara lain peningkatan mutu pelayanan, penguatan fungsi pengampunan nasional, pengembangan penelitian dan inovasi, transformasi digital layanan kesehatan, serta pengakuan internasional sebagai **World Stroke Organization (WSO) Diamond Status**. Capaian tersebut memperkuat posisi RSPON sebagai rumah sakit rujukan nasional di bidang otak dan persarafan serta mendukung pencapaian visi menjadi rumah sakit unggulan di tingkat Asia.

Memasuki Semester II Tahun 2026, fokus organisasi diarahkan pada percepatan implementasi program prioritas, optimalisasi pemanfaatan sumber daya, peningkatan kualitas pelayanan, penguatan tata kelola BLU, percepatan transformasi digital, serta peningkatan efektivitas monitoring dan evaluasi kinerja. Dengan pelaksanaan rencana tindak lanjut secara konsisten, RSPON optimis

sebagian besar target kinerja Tahun 2026 dapat dicapai sesuai Perjanjian Kinerja yang telah ditetapkan.

Executive KPI Dashboard	Semester I Tahun 2026
Sasaran Strategis	12
Indikator Kinerja	18
IKU Tercapai	9 (50%)
IKU Dalam Proses	9 (50%)
IKT Tercapai	13 dari 16 (81,25%)
BLU Maturity Rating	4,04
Realisasi Anggaran	30,69%
Pendapatan BLU	45,35%

Capaian Strategis Semester I

- Peningkatan kepuasan pelanggan (*Customer Satisfaction Score*)
- Penguatan jejaring **Pengampuan Nasional** layanan otak dan persarafan
- Pengembangan **penelitian dan inovasi neuroscience**
- Implementasi **Sistem Informasi Rumah Sakit Terintegrasi** dan interoperabilitas SATUSEHAT
- Peningkatan tata kelola BLU dan transformasi organisasi
- Mempertahankan **World Stroke Organization (WSO) Diamond Status**

Fokus Semester II

- Percepatan indikator yang masih dalam proses pencapaian.
- Optimalisasi pendapatan BLU dan efisiensi penggunaan sumber daya.
- Penguatan mutu pelayanan dan patient experience.
- Penyelesaian implementasi transformasi digital.
- Peningkatan efektivitas program pengampuan dan kerja sama penelitian.
- Penguatan monitoring dan evaluasi kinerja menuju pencapaian target Tahun 2026.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Semester I Tahun 2026 Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono disusun sebagai laporan kemajuan (progress report) pelaksanaan Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Laporan ini memberikan gambaran mengenai posisi capaian kinerja organisasi sampai dengan akhir Semester I, faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian indikator, serta rencana tindak lanjut pada Semester II sebagai upaya memastikan target kinerja tahunan dapat dicapai secara optimal.

Sebagai Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), RSPON memiliki mandat strategis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan otak dan persarafan secara paripurna, menjadi rumah sakit pengampu nasional, pusat pendidikan, serta pusat penelitian dan inovasi di bidang neuroscience.

Penyusunan laporan ini mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2024 tentang Pedoman Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Dalam konteks Semester I, laporan tidak dimaksudkan sebagai evaluasi akhir tahun, tetapi sebagai instrumen monitoring dan pengendalian kinerja yang memberikan peringatan dini terhadap indikator yang memerlukan percepatan.

Memasuki tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis 2025–2029, RSPON berada pada fase penguatan fondasi menuju visi 'Menjadi Rumah Sakit yang Memiliki Pelayanan Otak dan Persarafan Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan Berkelanjutan'. Fokus Semester I diarahkan pada peningkatan mutu layanan klinis, transformasi digital, penguatan pengampunan nasional,

peningkatan kinerja keuangan BLU, serta pengembangan pendidikan dan penelitian.

B. Maksud dan Tujuan

Maksud penyusunan LAKIP Semester I Tahun 2026 adalah menyajikan laporan kemajuan pelaksanaan Perjanjian Kinerja Tahun 2026 sebagai bentuk akuntabilitas kinerja organisasi.

Tujuan penyusunan laporan ini adalah:

- Menilai posisi capaian setiap indikator kinerja sampai dengan Semester I Tahun 2026.
- Mengidentifikasi faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi pencapaian indikator.
- Menetapkan rencana tindak lanjut Semester II untuk memastikan target tahunan tetap tercapai.
- Menyediakan informasi bagi Direksi dan Kementerian Kesehatan sebagai dasar pengambilan keputusan manajerial.

C. Tugas Pokok, Fungsi, dan Struktur Organisasi

RSPON melaksanakan tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan otak dan persarafan, pendidikan, pelatihan, penelitian, pengembangan, serta pengelolaan rumah sakit sesuai ketentuan Permenkes Nomor 26 Tahun 2022. Fungsi utama meliputi pelayanan medis, penunjang, keperawatan, pendidikan, penelitian, pengelolaan keuangan dan BMN, SDM, sistem informasi, hukum, kerja sama, pemantauan, evaluasi, dan administrasi rumah sakit.

Bagan struktur organisasi tetap mengacu pada Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXIII/18667/2025 dan disajikan pada halaman berikutnya.

D. Sumber Daya Manusia

Per 30 Juni 2026, RSPON didukung oleh 1.252 SDM yang terdiri atas ASN dan Non-ASN. Pengembangan SDM diarahkan pada penguatan kompetensi, budaya kerja BerAKHLAK, dan peningkatan produktivitas untuk mendukung

layanan neuroscience berkelas internasional. Tabel komposisi SDM sebagai berikut :

Tabel I. 1 Komposisi SDM Per 30 Juni 2026

NO	TENAGA	PNS	CPNS	PPPK	NON PNS TETAP	NON PNS KONTRAK	KONTRAK KERJASAMA	MITRA	JUMLAH
1	Tenaga Medis	72	0	14	0	4	9	19	118
2	Tenaga Perawat	406	0	87	5	1	0	198	697
3	Tenaga Kesehatan Lainnya	146	0	36	3	29	1	51	266
4	Tenaga Administrasi	79	0	52	5	24	5	6	171
TOTAL		690	0	190	14	61	17	106	1.252
%		55%	0%	15%	1%	5%	1%	8%	100%

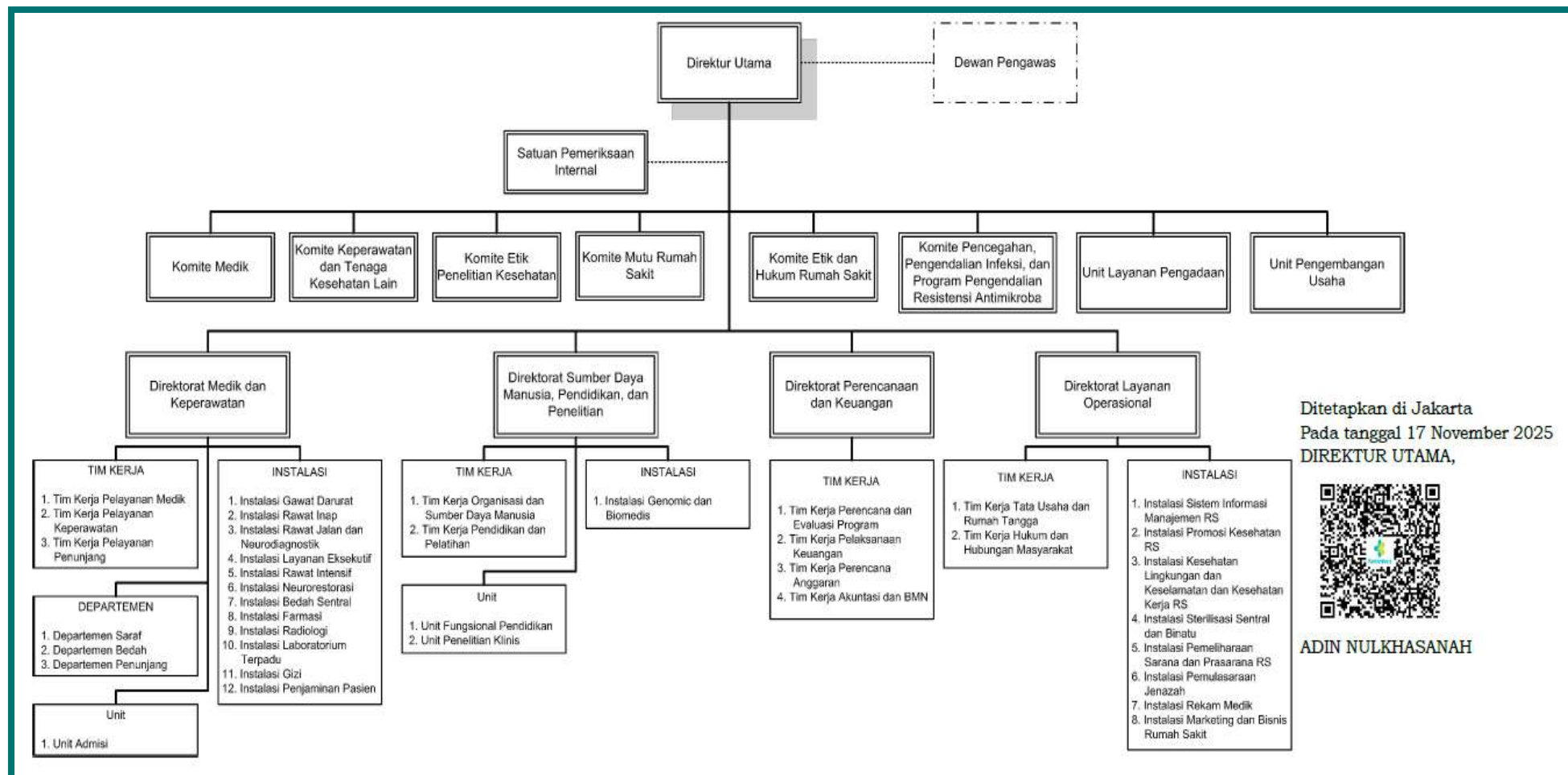
Keterangan :

1. Komposisi ASN adalah **70%**, sedangkan Non ASN sebesar **30%**;
2. Perawat merupakan kelompok terbesar sejumlah **32%** dari total SDM; dan
3. RSPON terus mengembangkan kualitas SDM melalui pelatihan internal, kerjasama pendidikan dan program pengembangan kompetensi berbasis kebutuhan layanan unggulan *neurologi*.

E. Isu Strategis Semester I Tahun 2026

- Pengoperasian bertahap Gedung Institut Neurosains Nasional (INN) beserta pemenuhan sarana dan alat kesehatan.
- Penguatan mutu layanan stroke dan layanan unggulan sesuai standar klinis.
- Percepatan transformasi digital dan integrasi Sistem Informasi Rumah Sakit dengan SATUSEHAT.
- Penguatan pengampunan nasional serta peningkatan kapasitas rumah sakit jejaring.
- Optimalisasi pendapatan Non-JKN dan penguatan kinerja keuangan BLU.
- Peningkatan pendidikan, penelitian, dan implementasi Biomedical Genome-based Science Initiative (BGSi).

Isu-isu strategis tersebut menjadi dasar dalam analisis capaian kinerja pada Bab III serta menjadi fokus penyusunan rencana tindak lanjut Semester II Tahun 2026.



Gambar I. 1 Struktur Organisasi RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono

F. Sistematika Penulisan

Laporan disusun dalam empat bab, yaitu Pendahuluan, Perencanaan Kinerja, Akuntabilitas Kinerja, dan Penutup, serta dilengkapi lampiran sesuai ketentuan Kepmenkes.

Bab I. Pendahuluan

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

Bab II. Perencanaan Kinerja

Dalam bab ini dipaparkan mengenai ringkasan atau ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2026.

Bab III. Akuntabilitas Kinerja

Pada bab ini menguraikan pencapaian sasaran-sasaran kegiatan dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Dalam bab ini juga disajikan mengenai kinerja pelayanan, sumber daya sarana dan prasarana, sumber daya keuangan dan analisis efisiensi penggunaan sumber daya yang dimiliki oleh RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono selama Semester 1 Tahun 2026.

Bab IV. Penutup

Pada bagian ini berisi penjelasan singkat mengenai pembahasan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Semester 1 Tahun 2026 yang telah diuraikan pada bagian/bab sebelumnya.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Kinerja RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan, akuntabel, serta berorientasi pada hasil, Rumah Sakit Pusat Otak Nasional (RSPON) Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta menetapkan Perjanjian Kinerja Tahun 2026. Seluruh keberhasilan dan kegagalan dalam pencapaian target strategis yang telah disepakati sepenuhnya menjadi tanggung jawab manajemen RSPON, dengan pengawasan dan evaluasi berkala oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono telah menetapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2025-2029 yang menjadi acuan dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi rumah sakit. Visi yang ditetapkan dalam RSB tersebut adalah **"Menjadi Rumah Sakit yang Memiliki Pelayanan Otak dan Persarafan Unggulan di Level Asia dengan Pertumbuhan Berkelanjutan"**.

Untuk mewujudkan visi tersebut, RSB RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono tahun 2025-2029 difokuskan pada tiga pilar utama:

1. Layanan terbaik level Asia.
2. Pengampunan layanan prioritas.
3. Pendidikan, pelatihan, serta penelitian

Pada tahun 2026, RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono menetapkan indikator kinerja utama sebanyak 12 sasaran strategis dan 18 Indikator yang terdiri atas 10 sasaran strategis dengan 12 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON 2025-2029 dan 2 sasaran strategis dengan 6 Indikator Kinerja yang berasal dari indikator direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan. Adapun Sasaran strategis, indikator kinerja, serta target indikator kinerja sasaran strategis tahun 2026 adalah sebagai berikut :

Tabel II. 1 Matriks Perencanaan Kinerja Tahun 2026

NO	SASARAN PROGRAM	NAMA INDIKATOR	TARGET
A. Indikator Kinerja Utama (RSB)			
1	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	90,64
2	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu sesuai Target	57,5%
3	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian yang Berkesinambungan	Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	1%
4	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%
5	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	4 Level
6	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
7	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	<i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%
		Persentase Standar Klinis yang Tercapai 80%	80%
		a. Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%)	
		b. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari (>80%)	
8	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	Persentase pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	30%
9	Terwujudnya SDM yang andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	a. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78
		b. <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%
10	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%
B. Indikator Direktif			
11	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	Nilai SAKIP RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono	83
12	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	a. Nilai Kinerja Anggaran	92,75
		b. Realisasi Anggaran	96%
		c. Indeks Kualitas SDM	82
		d. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%
13	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	2.450 Sampel

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

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



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026

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

Nama : dr. Adin Nulhasanah, Sp.S., M.A.R.S

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

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 7 Januari 2026

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002

dr. Adin Nulhasanah, Sp.S., M.A.R.S
NIP 197210072001122005

Gambar II. 1 Perjanjian Kinerja RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Tahun 2026

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2026
RUMAH SAKIT PUSAT OTAK NASIONAL
Prof. Dr. dr. MAHAR MARDJONO JAKARTA

A. Indikator Kinerja Utama (RSB)

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia	1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	90,64
2.	Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2. Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu sesuai Target	57,5%
3.	Terwujudnya Pusat Pendidikan, Pelatihan, dan Penelitian yang Berkesinambungan	3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	1%
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4. Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5. Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	4 Level
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7. <i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%
		8. Persentase Standar Klinis yang Tercapai a. Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%) b. Pasien Stroke Iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 Hari (>80%)	80%
8.	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9. Persentase Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	30%
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78
		11. <i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12. EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%

B. Indikator Direktif

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	1. Nilai SAKIP RSPON Mahar Mardjono	83
2.	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	2. Nilai Kinerja Anggaran	92,75
		3. Realisasi Anggaran	96%
		4. Indeks Kualitas SDM	82
		5. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%
3.	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	6. Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	2.450 Sampel

Target Pendapatan PNB

Rp581.043.956.000

Program	Anggaran
1. Program Dukungan Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjutan di Unit Pelaksana Teknis	Rp565.912.855.000
2. Program Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp 63.846.005.000
3. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjutan	Rp 3.900.000.000
Total	Rp633.658.860.000

Pihak Kedua,

Jakarta, 7 Januari 2026

Pihak Pertama,

dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002

dr. Adin Nulkhasanah, Sp.S., M.A.R.S
NIP 197210072001122005

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

Tabel II. 2 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2026

No	Nama Indikator	Jenis Indikator	Target
1	Akurasi Proyeksi Pendapatan & Belanja BLU	Max	3,5
2	Kelengkapan Pengisian Aplikasi BIOS	Max	100%
3	Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Max	90%
4	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	Min	50%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	Min	25%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang (Days Receivable Turnover)	Min	40
7	EBITDA Margin	Max	15%
8	Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional	Max	30%
9	Rasio Pendapatan Operasional terhadap Jumlah Tempat Tidur	Max	1M/Y
10	Pertumbuhan Layanan BLU	Max	3,5
11	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit	Max	80%
12	Persentase Pengguna Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan	Max	85%
13	Integrasi RME dan kesesuaian pengiriman data Satu Sehat	Max	80%
14	Persentase Pasien yang mendapatkan Antibiotik Sistem Empirik sesuai Standar	Max	80%
15	Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	Max	80%
16	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) 7 Hari	Max	80%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran Kinerja dan Analisa Akuntabilitas Kinerja

Pengukuran kinerja dilakukan untuk tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono selama periode Semester I tahun 2026.

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

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

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

SASARAN STRATEGIS 1: Terwujudnya Layanan Terbaik Level Asia

IKU 1. CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2019 tentang Panduan Perilaku Interaksi Pelayanan Publik di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Selanjutnya, RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta menindak lanjuti dengan melakukan survei kepuasan pelanggan diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Penyelenggara Pelayanan Publik. Pengukuran respon survei menggunakan teknik *Purposive Sampling*, yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi responden terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit dan dilakukan oleh pihak eksternal. Survei kepuasan pelanggan dilakukan dengan metode wawancara kuesioner

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

Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien, dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada Poliklinik, Rawat inap, IGD dan Laboratorium. Pertanyaan survey kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur Survei Kepuasan Masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan, dan sarana prasarana.

Pengukuran respon survei menggunakan *Skala Likert*, di mana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan yang bertujuan untuk mengukur kepuasan dan mengidentifikasi harapan pasien dan keluarga pasien akan pelayanan publik terutama unsur layanan yang perlu ditingkatkan serta dipertahankan atau perlu diperbaiki kinerjanya, baik kinerja secara keseluruhan maupun kinerja tiap unit layanan publik serta sebagai bahan dalam penetapan kebijakan terkait dengan peningkatan kualitas pelayanan publik di RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono.

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Permenpan no.14 th.2017	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	80	95.18	118.98%	90.64	98.85	109,05%	90	109.83%	76.6	129.05%

Realisasi kinerja survey kepuasan pelanggan pada semester 1 tahun 2026 sebesar 98,85 termasuk kedalam kategori A yaitu sangat baik, realisasi tersebut telah melebihi dari target yang telah ditetapkan di tahun 2026 yaitu sebesar 90,64 sehingga persentase capaian sebesar 109,05 %, lebih besar 3.67 poin jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2025. Apabila realisasi tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka menengah berdasarkan target RSB di tahun 2029 sebesar 90 maka diperoleh persentase capaian sebesar 109.83 % dan jika dibandingkan dengan standar nasional sesuai dengan Permenpan Nomor 14 tahun 2017 dengan target 76,6 maka diperoleh persentase capaian sebesar 129.05%.

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

Pengumpulan data survei dilakukan melalui metode wawancara menggunakan kuesioner kepada sampel yang dipilih secara acak. Wawancara dilaksanakan secara tatap muka antara surveyor dan responden. Kuesioner menggunakan aplikasi berbasis website yang telah dikembangkan dan digunakan dalam proses pengumpulan data survei ini disusun berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan

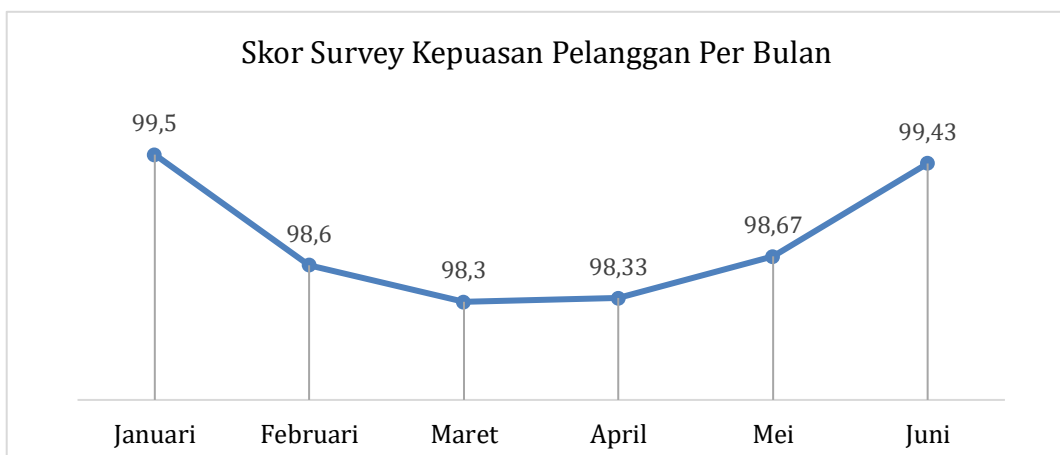
Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dengan ruang lingkup utama, yakni 9 (sembilan) unsur penilaian kepuasan.

Tabel III. 2 Rincian Perhitungan Survey Kepuasan Pelanggan Semester I Tahun 2026

No.	Unsur	Pernyataan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Semester I
1	Persyaratan Pelayanan	Persyaratan administrasi untuk mendapat pelayanan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	99,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,92
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Pelayanan	Kemudahan akses dalam mendapatkan pelayanan	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
3	Waktu Pelayanan	Kecepatan waktu (waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan) dalam memberikan pelayanan	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
4	Biaya/Tarif	Kewajaran biaya dalam mendapatkan pelayanan	99,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,92
5	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	Kesesuaian informasi pelayanan antara yang dijelaskan oleh petugas dengan yang diterima	100,00	100,00	100,00	100,00	98,50	100,00	99,75
6	Kompetensi Pelaksana	Kemampuan/ keterampilan petugas (dokter, tenaga medis dan petugas RS lainnya) dalam memberikan pelayanan	100,00	100,00	100,00	100,00	99,50	100,00	99,92
7	Perilaku Pelaksana	Sikap petugas (sopan, ramah, tanggap, dll) dalam memberikan pelayanan	100,00	98,50	97,50	100,00	99,00	100,00	99,17
8	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Penanganan keluhan di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	100,00	98,00	99,00	96,00	98,00	99,50	98,42
9	Sarana dan Prasarana	Sarana dan Prasarana	98,50	96,00	95,17	95,21	96,79	98,07	96,75
IKM			99,50	98,60	98,36	98,33	98,67	99,43	98,85
Kategori IKM			A	A	A	A	A	A	A

 Indeks Kepuasan Sempurna
  Indeks Kepuasan tertinggi
  Indeks Kepuasan terendah

Berdasarkan analisa Indeks kepuasan masyarakat terhadap pelayanan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta semester I tahun 2026 yaitu 3,95 atau 98,85 (konversi skala 1-100) dan masuk dalam kategori A atau Sangat Baik. Seluruh unsur layanan mendapatkan indeks kepuasan masuk dalam kategori A, dengan indeks kepuasan tertinggi pada unsur sistem, mekanisme, dan prosedur pelayanan, dan waktu pelayanan sebesar 100,00. Unsur Sarana dan Prasarana mendapatkan indeks kepuasan terendah sebesar 96,75, namun masih masuk dalam kategori A.



Gambar III. 1 Skor Survey Kepuasan Pelanggan Semester I Tahun 2026

Dari grafik diatas skor kepuasan pelanggan dari bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2026 menunjukkan angka yang fluktuatif namun cenderung mengalami peningkatan dari bulan ke bulan. masih memenuhi target yang ditetapkan. Capaian indikator skor kepuasan pelanggan cenderung mengalami peningkatan setiap bulannya

Pada laporan hasil survey terdapat Analisa analisa loyalitas pelanggan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono periode semester 1 tahun 2026, dari analisa tersebut dapat diketahui bahwa seluruh responden (100%) akan merekomendasikan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta kepada teman dan kerabat. Adapun alasan responden merekomendasikan RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta kepada teman dan kerabat, yaitu :

- Pelayanan cepat dan tidak bertele-tele, terutama di IGD yang mana pasien langsung ditangani tanpa harus menunggu lama.
- Dokter professional, teliti, ahli dalam menangani berbagai kasus kompleks, detail dan penjelasan yang diberikan mudah dipahami.
- Staf, perawat, dokter, dan petugas keamanan bersikap ramah, sopan, dan komunikatif serta tidak membedakan pasien termasuk bagi pengguna BPJS.
- Rumah sakit memiliki fasilitas yang lengkap, modern, dan ditunjang oleh peralatan medis yang canggih.
- Ruang rawat inap, ruang tunggu, dan area pelayanan lain nyaman sehingga mendukung proses pemeriksaan dan perawatan.
- Proses pelayanan BPJS mudah dan tidak ada perbedaan perlakuan antara pasien BPJS dan pasien umum.
- Proses administrasi, mulai dari pendaftaran hingga alur pelayanan mudah dipahami dan tidak rumit
- Adanya sistem pendaftaran mandiri beserta petugas yang sigap membantu membuat proses administrasi menjadi lebih efisien.
- Lokasi rumah sakit strategis dan mudah dijangkau, termasuk dekat dengan transportasi umum.

- Pada pelayanan eksekutif, proses pelayanan sangat baik, dokter responsif, dan konsultasi diberikan secara detail. Pelayanan yang diberikan sepadan dengan biaya yang dikeluarkan.

b. Kendala yang dihadapi

Realisasi CSAT merupakan survey yang dilakukan oleh pihak eksternal yaitu Lembaga survey Iconesia, walaupun realisasi telah mencapai target, namun masih ada beberapa yang dikeluhkan oleh pelanggan, diantaranya:

1. Sikap petugas dalam memberikan pelayanan
 - Sikap dan cara komunikasi petugas parkir dinilai kurang sopan, ditunjukkan oleh nada bicara yang tinggi dan terkesan tidak ramah
 - Bagian Restorasi dokter kurang ramah dan responsive saat menangani pasien
 - Perawat di ruang rawat inap kurang ramah dan kurang sopan dalam memberikan respons ketika keluarga pasien menyampaikan bahwa infus telah habis
2. Penanganan Keluhan
 - Keluhan terkait kondisi toilet yang kotor, becek, dan bau pesing belum mendapatkan tindak lanjut atau perbaikan meskipun sudah disampaikan melalui *customer service*, *scan barcode* maupun kepada petugas kebersihan
 - Petugas parkir kurang responsif saat terjadi gangguan mesin *tap out parkir*
 - *Quality control* kebersihan toilet dinilai belum optimal, terutama dalam menindaklanjuti keluhan yang telah disampaikan
 - Petugas parkir dinilai kurang responsif dan menjawab dengan nada kurang sopan saat ditanya terkait pengaturan parkir
3. Sarana dan Prasarana
 - Toilet sering dalam kondisi kotor dan berbau tidak sedap (bau pesing), serta lantainya becek akibat adanya kebocoran air (Toilet lantai 1 dan 2 (pria dan wanita))

- Ketersediaan perlengkapan toilet seperti tisu dan sabun cuci tangan belum konsisten tersedia di beberapa toilet
- Toilet wanita lantai 2 (belakang farmasi) memiliki kloset yang goyang (sisi kiri) sehingga berpotensi membahayakan dan perlu segera diperbaiki
- Gagang pintu toilet sudah tidak layak digunakan.
- Terdapat gangguan pada mesin tappada gerbang masuk dan keluar parkir mobil yang menghambat kelancaran proses keluar kendaraan (karena membutuhkan bantuan petugas)
- Area parkir motor terlalu sempit dan jarak antar kendaraan terlalu rapat, sehingga menyulitkan akses keluar dan berisiko menyebabkan kerusakan kendaraan.
- Petugas parkir kurang ramah dan kurang sopan saat memberikan informasi kepada pengunjung, khususnya ketika menangani kendala pembayaran parkir

c. Upaya Tindak Lanjut

Beberapa upaya yang dilakukan terhadap kendala yang dihadapi yakni;

1. Perilaku Pelaksana (Sikap petugas dalam memberikan pelayanan)

- Melaksanakan pelatihan pelayanan prima (*service excellence*) dan komunikasi efektif kepada seluruh karyawan, terutama yang berinteraksi langsung dengan pasien, dengan fokus pada empati, komunikasi yang sopan, serta respons yang tepat terhadap kondisi pasien dan keluarga.
- Menetapkan dan mensosialisasikan SOP perilaku pelayanan yang mencakup standar sikap, etika komunikasi, penggunaan nada bicara, serta penanganan situasi sensitif, seperti kondisi darurat dan keluhan keluarga pasien.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala berbasis umpan balik pasien melalui survei kepuasan, observasi langsung, serta mekanisme pengaduan untuk memastikan implementasi standar

pelayanan berjalan konsisten.

- Melaksanakan pembinaan dan *corrective action* secara terarah melalui pemberian teguran, coaching, atau pelatihan ulang kepada petugas yang belum memenuhi standar, termasuk tindak lanjut khusus pada unit atau individu yang menerima keluhan

2. Penanganan Keluhan

- Menyelenggarakan pelatihan pelayanan dan *service excellence* secara berkala bagi seluruh petugas untuk meningkatkan kemampuan dalam menerima, merespons, dan menindaklanjuti keluhan pelanggan secara cepat, sopan, empatik, dan solutif
- Menetapkan standar respons dan waktu tindak lanjut (*Service Level Agreement/SLA*), sehingga setiap keluhan wajib direspons dan ditindaklanjuti dalam jangka waktu yang telah ditentukan.
- Menerapkan sistem pencatatan dan pelacakan keluhan yang terdokumentasi dengan baik, mencakup waktu penerimaan, tindak lanjut, penanggung jawab, serta status penyelesaian, sehingga setiap keluhan dapat dipantau hingga tuntas.
- Memperkuat sistem tindak lanjut keluhan melalui mekanisme monitoring dan evaluasi yang jelas, termasuk pelacakan status laporan (*tracking*), sehingga seluruh keluhan dapat dipastikan tertangani dan ditindaklanjuti.
- Meningkatkan koordinasi antara pihak rumah sakit dan vendor kebersihan dalam menindaklanjuti keluhan terkait kebersihan toilet yang sering disampaikan oleh responden sehingga dapat ditindaklanjuti secara cepat, tepat dan terukur.

3. Sarana dan Prasarana

Kualitas kamar mandi/toilet

- Meningkatkan frekuensi dan standar pembersihan toilet, khususnya pada area dengan tingkat penggunaan tinggi seperti area poli, farmasi, lobi, pendaftaran, dan IGD, melalui penjadwalan pembersihan yang lebih ketat, pemeriksaan setiap 1-2 jam, serta patroli kebersihan secara

berkala untuk memastikan kondisi toilet tetap bersih, kering, dan nyaman digunakan.

- Melakukan pengecekan, pemeliharaan, dan perbaikan instalasi toilet secara berkala, meliputi kloset, keran, pipa, saluran pembuangan, lantai, serta fasilitas pendukung lainnya untuk mencegah dan mengatasi kondisi becek, licin, bau tidak sedap, maupun kerusakan yang berpotensi membahayakan pengguna.
- Menerapkan program *preventive maintenance* melalui inspeksi rutin guna mengidentifikasi potensi kerusakan sejak dini sehingga perbaikan dapat dilakukan secara cepat sebelum menimbulkan keluhan dari pengguna layanan.
- Memastikan ketersediaan fasilitas pendukung toilet, seperti tisu dan sabun cuci tangan, secara konsisten melalui sistem *checklist* harian, pengecekan berkala, penyediaan stok cadangan pada area prioritas, serta pengisian ulang yang terjadwal pada setiap *shift* petugas.
- Memperkuat sistem pengawasan dan pengendalian mutu kebersihan toilet melalui penggunaan *checklist monitoring* yang ditandatangani petugas, supervisi rutin oleh koordinator *cleaning service*, evaluasi kinerja petugas maupun vendor kebersihan, serta audit kebersihan secara berkala oleh manajemen.
- Menempatkan petugas kebersihan siaga pada area toilet dengan tingkat kunjungan tinggi agar penanganan genangan air, lantai basah, atau kondisi toilet yang kotor dapat dilakukan dengan cepat.
- Meningkatkan aspek keselamatan pengguna dengan memasang tanda peringatan lantai licin pada area yang basah atau baru dibersihkan serta memastikan kondisi toilet aman digunakan, terutama bagi pasien lanjut usia dan kelompok rentan lainnya.

Pelayanan perparkiran

- Melakukan pemeriksaan, perawatan, dan pemeliharaan berkala pada mesin tap masuk dan keluar, guna memastikan sistem berfungsi optimal,

responsif, serta meminimalkan gangguan teknis yang dapat menghambat proses keluar-masuk kendaraan.

- Menyusun dan menerapkan prosedur penanganan gangguan sistem parkir, termasuk kendala pembayaran elektronik (*e-money*) dengan menyediakan alternatif metode pembayaran serta memasang informasi yang jelas di area pintu masuk dan keluar parkir agar pengguna memperoleh informasi yang konsisten dan mudah dipahami.
- Menata ulang area parkir melalui pemisahan yang jelas antara zona parkir sepeda motor dan mobil, pengaturan jarak antar kendaraan yang memadai, serta penambahan marka atau pembatas parkir untuk meningkatkan kerapian, keamanan, dan kemudahan akses kendaraan.
- Menempatkan petugas parkir siaga pada area strategis, terutama di pintu masuk dan keluar serta pada jam-jam sibuk, untuk membantu pengguna yang mengalami kendala serta memperlancar arus kendaraan di area parkir.
- Menambah dan memperjelas rambu serta informasi terkait tata tertib parkir, termasuk layanan valet dan mekanisme pembayaran, sehingga pengguna dapat memahami prosedur parkir dengan lebih mudah dan mengurangi potensi kebingungan saat menggunakan fasilitas parkir.
- Meningkatkan kompetensi petugas parkir melalui pelatihan dan pembinaan berkala mengenai standar pelayanan prima, etika komunikasi, penanganan keluhan, pengaturan kendaraan, serta pendampingan pengguna layanan secara profesional, ramah dan responsif.
- Melaksanakan *briefing* rutin pada setiap pergantian shift untuk mengingatkan petugas mengenai standar pelayanan, penggunaan bahasa yang sopan, serta pentingnya memberikan pelayanan yang menghargai seluruh pengguna layanan, khususnya pasien dan lansia.
- Memperkuat pengawasan dan evaluasi kinerja petugas parkir melalui supervisi langsung oleh koordinator, pemantauan keluhan pengguna, serta tindak lanjut yang cepat dan terdokumentasi terhadap setiap

keluhan yang diterima sebagai dasar perbaikan pelayanan secara berkelanjutan.

SASARAN STRATEGIS 2: Terwujudnya Penyelenggaraan Pengampunan Nasional Untuk Penyakit Prioritas

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

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

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

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

Formula yang digunakan untuk mengukur keberhasilan sebagai berikut:

$$\frac{\text{jumlah rumah sakit yang berhasil diampu}}{\text{jumlah total rumah sakit yang seharusnya diampu}} \times 100\%$$

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target	50%	52,54%	105,08%	57,5%	74,43%	129,44%	80%	93.04%	100,00%	74.43%

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

Dari tabel realisasi diatas menunjukan bahwa capaian indikator Pencapaian Lokasi yang dikelola/ diampu sesuai target sebesar 74,43 % dari target tahun 2026 sebesar 57,5% sehingga persentase capaian sebesar 129,44 %, persentase tersebut diperoleh dari 425 rumah sakit yang berhasil diampu dibandingkan dengan 571 rumah sakit yang seharusnya diampu x 100%.

Total 425 rumah sakit yang sudah diampu merupakan akumulasi dari:

- 167 rumah sakit yang sudah diampu selama tahun 2023
- 80 rumah sakit yang sudah diampu selama tahun 2024
- 53 rumah sakit yang sudah diampu selama tahun 2025
- 125 rumah sakit yang sudah diampu selama semester 1 tahun 2026

IKU Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target, merupakan IKU yang baru diukur pada tahun 2026, akan tetapi pelaksanaan pengampunan *stroke* telah dilakukan oleh RSPON sebagai RS Pengampu *Stroke* telah dilakukan semenjak tahun 2023. Perbandingan capaian lokus sampai dengan tahun 2026 dengan program jangka menengah berdasarkan target RSB tahun 2029 adalah sebesar 93.04 % dari target 80%, sedangkan jika dibandingkan dengan standar nasional sebagaimana target lokus yang ditetapkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1277/2024 sebesar 100%, tingkat pencapaian menjadi sebesar 74,43%.

Berikut berbagai yang sudah dilakukan RSPON untuk pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola / diampu sesuai Target diantaranya melakukan Koordinasi dengan Direktorat Pelayanan Klinis terkait Anggaran SIHREN TA 2026, melakukan Koordinasi dengan 13 Rumah Sakit Pengampu Regional terkait rencana kegiatan pengampunan, melakukan koordinasi dengan Tim Anggaran SIHREN dan Rumah Sakit Pengampu Regional terkait alur klaim kegiatan.

Berikut ini adalah jenis kegiatan pengampunan yang dilakukan RSPON:

- | | |
|---|---|
| - <i>Proctorship Clipping</i> | - <i>Proctorship Coiling</i> |
| - <i>Proctorship Trombektomi</i> | - <i>Proctorship Bypass</i> |
| - <i>Workshop Code Stroke & Trombolisis</i> | - <i>Workshop Trombektomi & Coiling</i> |
| - <i>Workshop Bypass</i> | - Pelatihan BNLS |
| - Pelatihan <i>Askep Stroke</i> | - Pelatihan <i>Neurointervensi</i> |
| - Pelatihan <i>Intraoperatif BS</i> | - Pelatihan <i>Code Stroke</i> |
| - Pelatihan TOT Neurosains | |

b. Kendala yang dihadapi

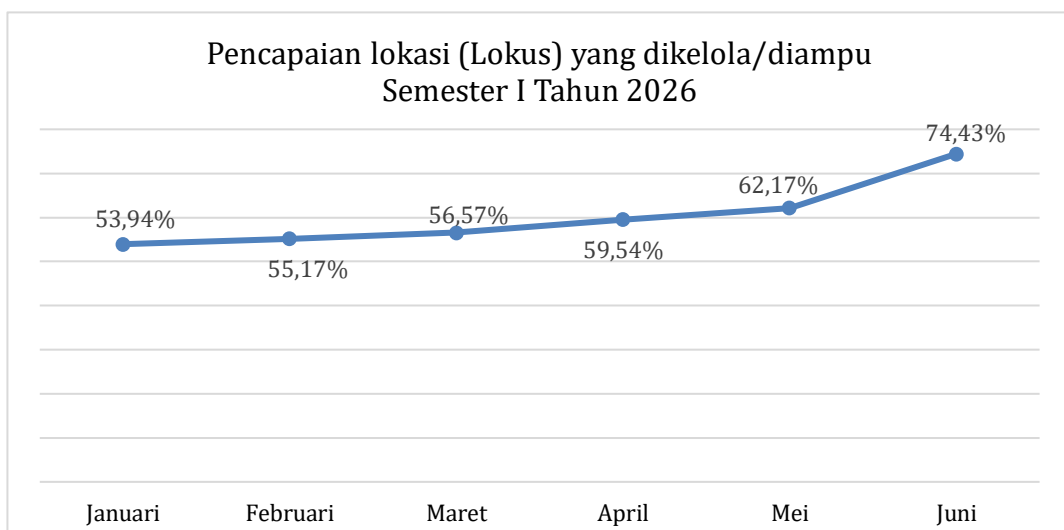
Adapun kendala yang dihadapi dalam kegiatan pengampunan, diantaranya:

- Pembiayaan kegiatan Pengampunan Stroke Tahun 2026 hanya bergantung dari anggaran SIHREN, yang mana baru dapat digunakan pada akhir bulan April sehingga menghambat kegiatan di triwulan pertama.

- Kegiatan Pengampuan Stroke melalui anggaran SIHREN tidak hanya bertumpu pada RSPON sebagai Pengampu Nasional, dimana yang diutamakan justru keaktifan Rumah Sakit Pengampu Regional, dalam realitanya masih banyak Rumah Sakit Pengampu Regional yang kurang aktif sehingga kegiatan terhambat
- Kesiapan SDM, alat kesehatan, serta sarana prasarana di Rumah Sakit diampu belum memadai, sehingga belum dapat dilaksanakan pembinaan program secara merata.

c. Upaya Tindak Lanjut

- RSPON bersama Direktorat Pelayanan Klinis akan mengadakan rapat bersama Rumah Sakit Pengampu Regional untuk meminta komitmen dalam pelaksanaan kegiatan pengampuan stroke.
- RSPON bersama Direktorat Pelayanan Klinis secara berkala melakukan monitoring dan evaluasi serta berkoordinasi dengan Rumah Sakit Pengampu Regional terkait TOR-RAB, teknis kegiatan, serta pelaporan kegiatan.



Gambar III. 2 Pencapaian Lokus yang dikelola/diampu Semester I Tahun 2026

Analisis dari Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu, terlihat dari Grafik di atas menunjukkan tren pergerakan persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang dikelola/diampu selama periode Semester I (Januari s.d. Juni) Tahun 2026. Secara keseluruhan, indikator ini menunjukkan tren positif yang tumbuh secara konsisten setiap bulannya. Berikut data Capaian Bulanan rincian pencapaian riil dari bulan ke bulan. Dimana pada bulan Februari (naik +1,23%), Maret (naik +1,40%), April (naik +2,97%), Mei (naik +2,63%) dan bulan Juni (naik +12,26%).

Terdapat Tren Pertumbuhan Stabil di Kuartal I (Januari - Maret). Pada awal tahun, pergerakan grafik cenderung landai dengan kenaikan rata-rata berkisar antara 1,2% hingga 1,4% per bulan. Hal ini wajar terjadi pada fase awal pelaksanaan program kerja tahunan, di mana fokus utama biasanya masih berada pada tahap koordinasi, sosialisasi, dan penataan administratif di masing-masing lokus target. Akselerasi Kinerja di Kuartal II (April - Mei) Memasuki kuartal kedua, laju pertumbuhan mulai mengalami peningkatan kecepatan (akselerasi) dengan kenaikan mendekati angka 3% per bulan (April tumbuh 2,97% dan Mei tumbuh 2,63%). Ini mengindikasikan bahwa implementasi program di lapangan sudah mulai berjalan efektif secara serentak.

Lonjakan Signifikan pada Bulan Juni (Fase Evaluasi Akhir Semester) mencapai Puncak pertumbuhan terjadi pada bulan Juni dengan lompatan capaian yang sangat signifikan sebesar +12,26%, hingga menyentuh angka akhir 74,43%. Kenaikan tajam ini mengindikasikan adanya percepatan (akselerasi) penyelesaian target, pemenuhan dokumen pendukung (*evidence*), serta optimalisasi input data laporan performa.

Selanjutnya, simpulan dari Kinerja pengelolaan/pendampingan lokus pada Semester I Tahun 2026 dinilai Berhasil dan Progresif, berhasil ditutup dengan angka kumulatif yang cukup solid di 74,43%. Rekomendasi untuk Semester II agar mempertahankan Momentum: Pola akselerasi kerja yang terjadi di kuartal kedua harus dijaga agar tidak terjadi penurunan performa (*slack*) di awal Semester II (Juli–Agustus). Mengingat sisa target menuju 100% adalah

sebesar 25,57%, disarankan untuk memetakan lokus-lokus mana saja yang belum optimal guna diberikan pendampingan atau asistensi yang lebih spesifik dan intensif pada bulan-bulan berjalan berikutnya.

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

IKU 3. Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian

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

Penelitian berkelanjutan membutuhkan beberapa hal penting sebagai berikut:

- **Pendanaan:**
Pemerintah dan pihak swasta perlu menyediakan dana yang cukup untuk mendukung kegiatan penelitian di rumah sakit pendidikan.
- **Infrastruktur:**
Rumah sakit perlu menyediakan fasilitas dan peralatan yang memadai untuk mendukung penelitian.
- **Sumber Daya Manusia:**
Rumah sakit perlu merekrut dan melatih peneliti yang berkualitas.
- **Kerjasama:**
Rumah sakit perlu menjalin kerjasama dengan berbagai pihak, seperti universitas, lembaga penelitian, dan industri kesehatan.

Dari pernyataan diatas diketahui bahwa faktor utama penelitian berkelanjutan adalah Pendanaan, hal ini dikarenakan Penelitian membutuhkan biaya yang tidak sedikit. Pendapatan penelitian yang berasal dari berbagai sumber,

termasuk dana pemerintah, hibah penelitian, dan pendapatan operasional rumah sakit, dapat memberikan stabilitas finansial yang diperlukan untuk menjalankan penelitian secara teratur dan berkelanjutan.

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	2%	0.23%	11.50%	1 %	0,38 %	38 %	2%	19%

Realisasi kinerja semester 1 tahun 2026 untuk indikator Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian adalah 0,38 % yang berarti belum mencapai target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 1% sehingga persentase capaiannya sebesar 38 %. indikator target pendapatan yang diperoleh dari semua penelitian untuk target jangka menengah sebagaimana terdapat dalam RSB tahun 2029 sebesar 2%, sehingga persentase capaian semester 1 tahun 2026 apabila dibandingkan dengan periode tahun Terakhir rencana jangka menengah (tahun 2029) diperoleh nilai yang sama, yaitu 19%.

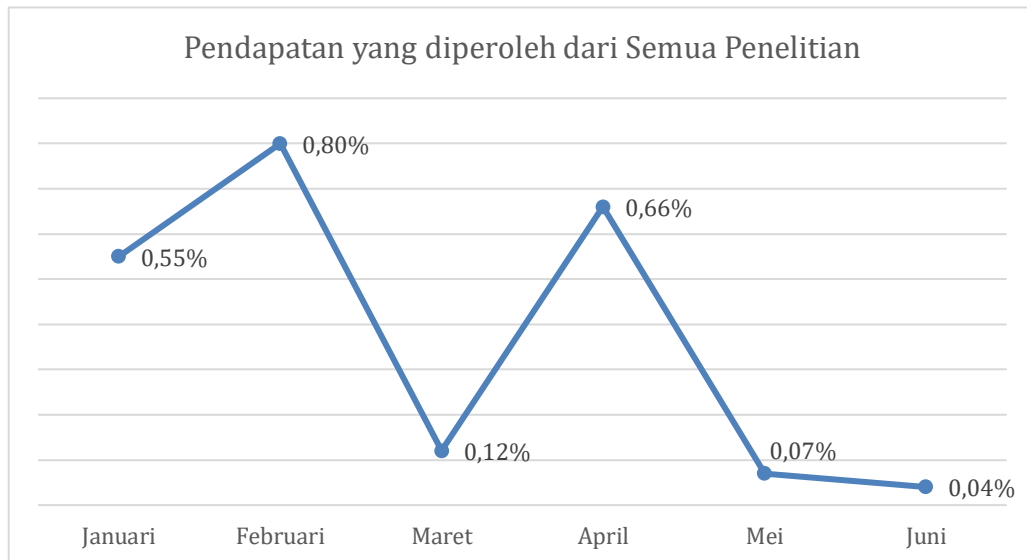
IKU Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian merupakan IKU yang baru dilaksanakan ditahun 2025 dan saat ini belum diperoleh referensi standar nasional yang dapat dijadikan pembandingan terhadap capaian IKU tersebut

b. Kendala yang dihadapi

Pendapatan RSPON sebagian besar masih bersumber pada pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, belum melalui penelitian yang masih merupakan hal yang baru.

c. Upaya Tindak Lanjut

Mengoptimalkan Pendapatan Penelitian dengan melakukan Pemasaran terkait Penelitian di Gedung Pendidikan dan Penelitian RSPON.



Gambar III. 3 Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian Semester I 2026

Analisis dari Grafik di atas menggambarkan persentase capaian indikator Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian di RS Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta, mencerminkan kontribusi serta dinamika aktivitas riset/penelitian klinis maupun non-klinis terhadap pendapatan rumah sakit. Secara keseluruhan, grafik menunjukkan pola pergerakan yang fluktuatif (naik-turun secara tajam) sepanjang semester berjalan. Berdasarkan data capaian Semester I Tahun 2026 antara lain pada bulan Februari mengalami kenaikan +0,25%, Maret mengalami penurunan tajam -0,68%, April mengalami lonjakan kembali +0,54%, Mei mengalami penurunan tajam -0,59% dan pada bulan Juni mengalami penurunan landai -0,03%.

Terdapat Puncak Capaian pada Februari & April), dimana Tingkat pendapatan dari penelitian mencapai titik tertinggi pada bulan Februari sebesar 0,80 % dan kembali menunjukkan performa kuat pada bulan April sebesar 0,66 %. Karakteristik lonjakan ini biasanya terjadi seiring dengan waktu pencairan dana hibah penelitian (*research grants*), penandatanganan kerja sama uji klinis baru (*clinical trials*)

dengan pihak ketiga/sponsor, atau penyelesaian termin pembayaran proyek riset *neurologi strategis*. Kemudian ada Fase Penurunan Drastis (Maret & Mei) yaitu mengalami penurunan yang sangat signifikan pada bulan Maret (ke 0,12%) dan Mei (ke 0,07%). Pola ini mengindikasikan adanya *gap* administratif antar termin proyek penelitian atau siklus pengajuan proposal baru, di mana aktivitas riset lapangan tetap berjalan namun tidak ada arus pendapatan masuk yang tercatat pada bulan-bulan tersebut. Sehingga tren melemah di akhir Semester I mencatatkan angka terendah yaitu sebesar 0,04%. Rendahnya angka di akhir semester ini memerlukan perhatian khusus karena menunjukkan melambatnya masuknya pendanaan riset baru menjelang pergantian paruh tahun.

Oleh karena itu, kinerja pendapatan dari sektor penelitian di RSPON Jakarta bersifat tidak konstan dan sangat bergantung pada siklus pendanaan proyek riset. Meskipun sempat menyentuh angka 0,80% di bulan Februari, tren di dua bulan terakhir (Mei–Juni) menunjukkan penurunan yang perlu segera dimitigasi. Direkomendasi agar mendorong kolaborasi riset neurosains internasional dan kemitraan dengan industri farmasi/alat kesehatan secara berkelanjutan untuk memastikan arus pendapatan dari uji klinis masuk secara lebih merata setiap bulannya. Perbaiki Manajemen Termin Pembayaran (*Billing Cycle*) untuk mengatur ulang sistem penagihan atau terminasi kontrak penelitian dengan pihak sponsor agar pola pendapatan tidak menumpuk di bulan-bulan tertentu saja (*smoothing the revenue stream*) guna mendongkrak kembali performa indikator.

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

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

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

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

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

- Persentase integrasi RME ke SatuSehat1 (W: 20%)
- Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS : (W: 20%)
- Persentase integrasi sistem *inventory*2: (W: 20%)
- Persentase integrasi *Human Resources Information System* (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS3: (W: 20%)
- Persentase integrasi *Finance Information System* dengan SIRS4:(W: 20%)

Formula perhitungan % penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) sebagai berikut:

$$(\Sigma (A \times W) + (B \times W) + (C \times W) + (D \times W) + (**E \times W))$$

* W = weight/bobot

- Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	≥ 25%	70.51%	282.04%	50%	57,40%	114,8%	100%	57,40%

Realisasi kinerja semester 1 tahun 2026 untuk indikator Penerapan Sistem Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan adalah 57.40% yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja yaitu sebesar 50% sehingga persentase capaian dibandingkan dengan target sebesar 114.8%. Sementara itu capaian semester

1 tahun 2026 apabila dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana dalam RSB untuk target tahun 2029 adalah sebesar 57,40%.

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

Berikut rincian perhitungan capaian HIS semester 1 tahun 2026 sesuai dengan rumus yang sudah ditetapkan:

Tabel III. 6 Perhitungan Capaian HIS tahun 2025

(IHS) Terintegrasi yang mencakup	Bobot	Capaian	Jumlah
a. Persentase integrasi RME ke SatuSehat	20%	100%	20%
b. Persentase integrasi pendaftaran RS Online dengan Antrian BPJS	20%	100%	20%
c. Persentase integrasi sistem inventory	20%	32,53%	6,51%
d. Persentase integrasi Human Resources Information System (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS	20%	100%	20%
e. Persentase integrasi Finance Information System dengan SIRS	20%	20%	4,00%
Total Capaian			70,51%

b. Kendala yang dihadapi

NIK pasien tidak terdaftar di database SATUSEHAT, yang menyebabkan adanya respon balik dari kegagalan pengiriman data ke SATUSEHAT.

c. Upaya Tindak lanjut

Melaporkan ke helpdesk@kemkes.go.id dengan melampirkan template NIK tidak ditemukan.

SASARAN PROGRAM 5: Terwujudnya Tata Kelola Yang Bersih Dan Akuntabel

IKU 5. Skor BLU *Maturity Rating*

Skor BLU *Maturity Rating* adalah ukuran yang digunakan untuk menilai tingkat maturitas Badan Layanan Umum (BLU) dalam pengelolaan organisasinya. Skor ini mencerminkan kemampuan BLU dalam menjalankan tugas dan fungsinya, serta mengelola sumber daya yang dimilikinya secara efektif dan efisien. Penilaian

ini mencakup berbagai aspek, yang dibagi menjadi dua kategori utama yakni *result based* (berorientasi pada hasil) dan *process based* (berorientasi pada proses). *Maturity Rating* pada BLU bertujuan untuk mengukur tingkat maturitas BLU dalam berbagai aspek tata kelola, termasuk keuangan, pelayanan, dan operasional. RSPON sebagai RSV mengukur BLU *Maturity Rating* merujuk kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021.

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 3	Level 4	133%	Level 4	Level 4	133%	Level 4	100%	Level 3	133%

Berdasarkan Surat Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan nomor:S-48/PB.5/2026 tanggal 12 Maret 2026 perihal Penundaan Pelaksanaan Self-Assessment BLU SMART, bahwasanya pelaksanaan penilaian tingkat maturitas BLU pada tahun 2026 atas kinerja tahun 2025 secara umum akan dilaksanakan setelah penyempurnaan pedoman penilaian tingkat maturitas BLU menuju format BLU *Performance Report* selesai dilaksanakan, oleh karena itu untuk BLU yang telah memiliki rating maturitas pada tahun 2025 tidak diwajibkan untuk melakukan *self assessment* pada tahun 2026 dalam rangka penilaian maturitas atas kinerja tahun 2025. Apabila BLU melakukan *self assessment* maka rating tahun 2026 yang digunakan adalah rating hasil validasi perkembangan pelaksanaan tata kelola pada tahun kinerja 2025, yang dilakukan oleh pembina keuangan BLU.

Sehubungan dengan hal tersebut, penilaian skor BLU *Maturity Rating* pada semester 1 tahun 2026, menggunakan hasil capaian skor BLU *Maturity Rating* ditahun 2025 yang merupakan hasil kinerja tahun 2024 berada pada level 4 dengan nilai skor sebesar 4,04 yang berarti bahwa hasil capaian telah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun

2025 yaitu Level 3 sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 133%. Apabila realisasi dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana target RSB tahun 2029 yakni pada level 4 maka capaiannya sebesar 100%, sedangkan perbandingan realisasi dengan standar nasional sebagaimana dalam Perdirjen Perbendaharaan No. PER-11/PB/2021, tingkat persentasi capaian sebesar 133%.

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

Penilaian *Maturity Rating* BLU ini mengacu pada kerangka kerja yang terdiri atas lima maturitas (*Initial, Managed, Defined, Predictable, dan Optimizing*), serta mempertimbangkan dua pendekatan evaluasi: *result based* dan *process-based*, yang penilaiannya telah disahkan oleh Direktorat PPK-BLU Kementerian Keuangan RI.

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



c. Upaya Tindak lanjut

- Fokus pada pemerataan maturitas antar aspek. Meningkatkan aspek yang masih rendah tanpa mengorbankan aspek yang sudah unggul. Penguatan inovasi berkelanjutan (prioritas utama)
- Membentuk sistem inovasi (tim, SOP, insentif, dan replikasi inovasi) berbasis kebutuhan pengguna jasa. Integrasi tata kelola ke proses operasional
- Manajemen risiko, pengawasan, dan evaluasi kinerja menjadi bagian dari aktivitas rutin unit kerja. Menjaga konsistensi dan keberlanjutan kinerja
- Penguatan SDM, digitalisasi proses, dan monitoring berkala untuk mencegah penurunan capaian.

SASARAN PROGRAM 6: Terwujudnya Tata Kelola Yang Bersih Dan Akuntabel

IKU 6. Bed Occupancy Rate (BOR)

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

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

Rumus perhitungan BOR adalah:

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

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	79.11%	113.01%	70%	79.38%	114%	70%	113.01%	60%-85%	132%-93%

Realisasi Kinerja pada semester 1 Tahun 2026 pada indikator *Bed Occupancy Rate* (BOR) sebesar 79,38% yang berarti sudah melampaui target kinerja yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 70% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 114%, capaian yang sama apabila realisasi semester 1 tahun 2026 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana target RSB tahun 2029 karena yaitu 70%. Capaian ini masuk kedalam rentang ideal nilai standar BOR Kementerian Kesehatan antara 60-85% yang merupakan titik keseimbangan antara utilisasi tempat tidur yang efisien dengan kualitas pelayanan yang optimal.

IKU *Bed Occupancy Rate* (BOR) merupakan indikator yang baru diukur ditahun 2025. Berikut adalah Faktor-Faktor yang berkontribusi terhadap Peningkatan BOR;

1. Efisiensi TOI (Turnover Interval = 2 hari) TOI yang efisien menandakan pergantian tempat tidur cepat antar pasien (angka idealnya 1 - 3 hari). Artinya, kapasitas tempat tidur digunakan lebih optimal, berkontribusi langsung ke peningkatan BOR.
2. AvLOS yang Terkendali (rata-rata 6 hari) Durasi rawat inap yang tidak terlalu lama maupun terlalu cepat menjaga keseimbangan: tempat tidur tetap terisi secara stabil, mendukung pencapaian BOR optimal, dan artinya

sudah sangat optimal dalam lama perawatan pasien dimana range standar Length of Stay nya di 6 – 9 hari

- b. Kendala yang dihadapi
Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut
- c. Upaya Tindak lanjut
Memberikan dasar evaluasi berkala (setiap bulan) dan perbaikan pelayanan serta operasional yang cepat terhadap kendala yang bisa mengganggu proses pelayanan di RSPON

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

IKU 7. Healthcare Associated Infections (HAIs) rates

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

Pengukuran tingkat HAIs biasanya dilakukan melalui surveilans infeksi, yaitu pengumpulan data tentang kejadian infeksi di fasilitas kesehatan secara sistematis. Tujuan dari pengukuran tingkat HAIs adalah untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dalam program pencegahan infeksi, serta untuk memantau efektivitas tindakan yang telah diambil. *Surveillance* HAIs merujuk kepada Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

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

- $$\frac{\text{Jumlah kasus CAUTI1}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap}} \times 1.000 \text{ catheter urinary-days}$$
- $$\frac{\text{Jumlah kasus VAP1}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian ventilator}} \times 1.000 \text{ ventilator days}$$
- $$\frac{\text{Jumlah kasus CLABSI1}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian kateter vena sentral}} \times 1.000 \text{ central-days}$$
- $$\frac{\text{Jumlah kasus SSI1}}{\text{Jumlah tindakan operasi}} \times 100\%$$

Keterangan:

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

1= Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)

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

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	100%	100%	100%	100%	50%	50%	100%	50%	100%	50%

Capaian kinerja pada indikator *Healthcare Associated Infections (HAIs) rates* Semester 1 tahun 2026 adalah 50% yang berarti masih berada dibawah dengan target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 100%

sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 50%, capaian yang sama jika realisasi semester 1 tahun 2026 dibandingkan target jangka menengah sebagaimana dalam RSB pada tahun 2029 juga sebesar 50%, capaian tersebut juga telah sesuai dengan standar nasional sebagaimana terdapat pada Kepdirjen Yankes No. YM.01.02/D.VI/97/2024.

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

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

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah & Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rates</i>	100%	100%	100%	100%	50%	50%	100%	100%
a. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)	<1,0	0.89	112.36%	<0.09	0.62	14.5%	<1,0	161.3%
b. VAP (<i>Ventilator Associated Pneumonia</i>)	<1,0	0.55	181.82%	<0.055	0.34	16.18 %	<1,0	294%
c. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>)	<1,0	0.13	769.23%	<0.01	0.00	0%	<1,0	100%
d. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>)	<1,0	0.00	100.00%	0%	0%	0%	<1,0	100.0%

b. Kendala yang dihadapi

Terdapat kendala dari masing-masing indikator HAIs, sebagai berikut:

- Pada kasus CAUTI: (1) Teknik *perineal hygiene* dan '*catheter meatus*' yang dilakukan belum sesuai dengan SPO pemasangan kateter urin; (2) Kondisi klinis tertentu pada pasien, termasuk terapi diuretik, kebutuhan monitoring ketat input-output, dan luka dekubitus sakrum berkontribusi terhadap perpanjangan penggunaan kateter urin.

- Pada kasus VAP: (1) Kepatuhan pelaksanaan bundle VAP belum konsisten; (2) Penggunaan *oral suction toothbrush* belum konsisten pada setiap ruangan yang memiliki ventilator
- Pada kasus CLABSI: (1) *Audit bundles* CLABSI belum maksimal dilaksanakan (2) Belum efektifnya evaluasi penggunaan CVC pada pasien di rawat inap

c. Upaya Tindak Lanjut

Berikut adalah upaya tindak lanjut yang dilakukan untuk kasus HAIs

- Pada kasus CAUTI: (1) *Bed side teaching* oleh perawat penanggung jawab saat proses pemasangan kateter pasien secara berkala; (2) Audit pelaksanaan bundles prioritas CAUTI. Prioritas bundle CAUTI terdiri dari: perluasan disinfeksi saat insersi, buang urin pada kantung urin rutin dengan gelas urin yang bersih dan pastikan ujung kantung urin tidak menyentuh gelas urin, serta gunakan APD tepat; evaluasi harian (lepas jika tidak ada indikasi); (3) Pelaporan dan diseminasi berkala hasil audit prioritas CAUTI kepada unit terkait
- Pada kasus VAP: (1) Mengoptimalkan audit kepatuhan bundles VAP; (2) Melakukan *micro cleaning* berkala tanpa menunggu tempat tidur kosong dan *terminal cleaning* saat pasien pindah/keluar; (3) Audit pelaksanaan bundles prioritas VAP. Prioritas bundle VAP terdiri dari: mobilisasi dini, oral hygiene (OH 4 kali/hari*: Pembersihan mulut rutin menggunakan Chlorhexidine 0.2% 2 kali sehari dan Pembersihan mulut dengan *toothbrush suction* 2 kali sehari), *sedation vacation* (4) Pelaporan dan diseminasi berkala hasil audit prioritas VAP kepada unit terkait

IKU 8. Persentase Standar Klinis 'Stroke' yang Tercapai

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

Terdapat 2 indikator klinis untuk layanan *stroke* yang dinilai ditahun 2026 berikut cara perhitungannya:

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

Perhitungan:

(Jumlah pasien *stroke* hiperakut (≤ 4,5 jam) yang dilakukan CTscan kepala non kontras kurang atau sama dengan 30 menit ÷ Seluruh pasien *stroke*) x 100%

2. Pasien *Stroke* Iskemik dengan *Length of Stay* (LOS) < 7 Hari

Perhitungan:

(Jumlah pasien *stroke* iskemik dengan LOS <7 hari) / Seluruh pasien *stroke* iskemik x 100%

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Standar Klinis ' <i>Stroke</i> ' yang Tercapai	>80%	100%	125%	100%	100%	100%	80%	125%

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

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

Indikator Kinerja	Per 30 Juni 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian
a. Pasien <i>Stroke</i> Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%)	>80%	93.48%	116.85%
c. Pasien <i>Stroke</i> Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 Hari (>80%)	>80%	100.00%	125.00%

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Standar Klinis '*Stroke*' yang Tercapai Semester 1 tahun 2026 adalah 100% yang berarti melebihi target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 80% sehingga realisasi dibandingkan dengan target sebesar 125%. Persentase capaian indikator kinerja Persentase Standar Klinis '*Stroke*' yang Tercapai tahun 2025 jika dibandingkan dengan target jangka menengah pada RSB tahun 2029 dan standar nasional yang dilihat dari target KPI transformasi Kemenkes ditahun 2025, tercapai 100%.

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

b. Kendala yang dihadapi

Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut

c. Upaya Tindak lanjut

Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan untuk meningkatkan capaian IKU



Gambar III. 5 Tren capaian Pasien Stroke Hiperakut (<4,5 jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit (>80%) tahun 2025 vs 2026

Pada tahun 2025, capaian berkisar antara 88%–98% dengan rata-rata 93,5%, sehingga seluruh bulan berhasil melampaui target. Pada tahun 2026 (Januari–Juni),

capaian berada pada rentang 88%–99% dengan rata-rata 94,3%, menunjukkan peningkatan dibandingkan periode yang sama tahun sebelumnya.

Analisis Tren tahun 2025 Kinerja relatif stabil dan konsisten di atas target. Capaian tertinggi terjadi pada Juni (98%), sedangkan capaian terendah terjadi pada April (88%). Setelah sedikit menurun pada April, kinerja kembali meningkat hingga mencapai puncaknya pada Juni dan tetap berada di atas 90% hingga akhir tahun. Pada tahun 2026 (s.d. Juni), awal tahun menunjukkan peningkatan yang sangat baik dengan capaian 98% pada Januari. Terjadi sedikit penurunan bertahap pada Februari hingga Mei, dengan capaian terendah 88% pada Mei, namun masih melampaui target sebesar 8%. Pada Juni terjadi peningkatan signifikan menjadi 99%, merupakan capaian tertinggi selama periode pengukuran.

	Tahun 2025	Tahun 2026 (Jan–Jun)
Target	80%	80%
Rata-rata capaian	93,5%	94,3%
Capaian tertinggi	98%	99%
Capaian terendah	88%	88%

Perbandingan tersebut menunjukkan bahwa kinerja tahun 2026 mengalami peningkatan sekitar 0,8 poin persentase dibandingkan rata-rata tahun 2025, sehingga mencerminkan proses pelayanan stroke hiperakut yang semakin cepat dan konsisten.

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap tingginya capaian antara lain:

- Implementasi kode stroke (Stroke Code) yang berjalan efektif.
- Koordinasi yang baik antara Instalasi Gawat Darurat, Unit Stroke, Radiologi, dan Neurologi.
- Ketersediaan CT Scan selama 24 jam.
- Peningkatan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap alur pelayanan stroke hiperakut.
- Monitoring indikator mutu secara rutin disertai evaluasi terhadap kasus yang belum memenuhi standar.

Secara keseluruhan, indikator Pasien *Stroke* Hiperakut dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤30 Menit menunjukkan kinerja yang sangat baik. Seluruh capaian baik pada tahun 2025 maupun Januari–Juni 2026 berada di atas target 80%, dengan tren yang stabil dan rata-rata di atas 93%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan diagnostik awal pasien stroke hiperakut di rumah sakit telah berjalan efektif dalam mendukung penanganan tepat waktu (*time is brain*).

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

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

Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan). Sedangkan pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN.

Formula perhitungan sebagai berikut:

$$\frac{\text{Pendapatan non – JKN}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$$

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	25%	26%	104%	30%	27.31%	91.10%	50%	54.62%

Realisasi kinerja pada indikator Persentase Pendapatan Non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS semester 1 2026 adalah 27.31% yang berarti melebihi target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2025 yaitu sebesar 30% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 91.10 %. Apabila realisasi tahun 2025 dibandingkan dengan target jangka

menengah sebagaimana pada target RSB tahun 2029 sebesar 50% maka diperoleh capaian sebesar 54.62%.

b. Kendala yang dihadapi

- Mayoritas pasien yang dilayani adalah peserta JKN, sehingga kontribusi pendapatan lebih banyak berasal dari JKN dibanding Non-JKN
- Promosi dan pemasaran layanan rumah sakit belum menjangkau segmen potensial non-JKN
- Belum optimalnya pemanfaatan aset dan fasilitas rumah sakit sebagai sumber pendapatan lain.

c. Upaya Tindak lanjut

- Menyusun strategi peningkatan proporsi pasien non-JKN melalui pengembangan layanan unggulan, layanan VVIP, executive health check-up, second opinion, dan telemedicine
- Memperkuat strategi pemasaran digital, branding rumah sakit, edukasi masyarakat, dan promosi kepada rumah sakit jejaring, dokter perujuk, perusahaan, serta asuransi.
- Mengembangkan kerja sama pemanfaatan aset, penyewaan fasilitas, sponsorship kegiatan ilmiah, dan bentuk kerja sama operasional sesuai ketentuan BLU.

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

IKU 10. Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

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

seperti gaji, tunjangan, kondisi kerja, hubungan antar rekan kerja, atasan, dan peluang pengembangan karir.

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

a. Pencapaian

Tabel III. 14 Capaian IKU: Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	77	77.64	100.83%	78	-	-	90	-

Survei Kepuasan Pegawai hanya dilakukan satu kali dalam satu tahun yang dilakukan oleh pihak eksternal. Survei direncanakan akan dilaksanakan pada triwulan 3 sehingga capaian IKU Skor Tingkat Kepuasan Pegawai sudah ada di bulan november, sehingga sampai dengan semester 1 tahun 2026, belum ada realisasi atas indikator kinerja Skor Tingkat Kepuasan Pegawai. Meskipun demikian kegiatan pra survey telah dilakukan pada bulan Mei 2026 dengan nilai 82.13 dengan kategori baik.

b. Kendala yang dihadapi

Belum ada kendala yang berarti didalam proses pencapaian indikator Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

c. Upaya Tindak lanjut

Memastikan Instrumen survei Kepuasan Pegawai valid dan reliabel melalui Uji Validitas dan reliabilitas

IKU 11. *Training Effectiveness Index* (TEI)

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

Rumus perhitungan sebagai berikut:

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

a. Pencapaian

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

Indikator Kinerja	2025			Semester 1 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	70%	79.76%	113.94%	73.75%	42.3%	57.35%	85%	49.76%

Realisasi kinerja pada Indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) Semester 1 tahun 2026 adalah 42.3% dengan Tingkat pencapaian 57.35% dari target tahun 2026 sebesar 73.75%, sementara itu jika realisasi Semester 1 tahun 2026 dibandingkan dengan target jangka menengah sebagaimana dalam target RSB tahun 2029 sebesar 85%, diperoleh Tingkat pencapaian sebesar 49.76%.

Kegiatan pelatihan/pengembangan kompetensi telah dijadwalkan selama tahun 2026, sehingga diproyeksikan pencapaian target Indikator *Training Effectiveness Index* (TEI) akan tercapai pada bulan November 2026

- b. Kendala yang dihadapi
 - Belum semua tenaga kesehatan dan tenaga medis mengupload capaian 40 JPL di akun aplikasi internal RS yaitu emisy.
 - Sistem penginputan di LMS RSPON dan PDM relative baru, sehingga masih banyak penyesuaian.
- c. Upaya Tindak lanjut
 - Menyelenggarakan pelatihan terakreditasi dan menyelenggarakan peningkatan kompetensi yang dapat menjangkau seluruh pegawai sehingga dapat mempercepat peningkatan JPL pada Tahun 2026 sesuai dengan kebutuhan TNA yang telah diajukan. Rencana pada bulan Juli akan melaksanakan E-Learning Downtime Sistem dan Tanggap Darurat Bencana Teknologi Informasi Terhadap Pelayanan di Rumah Sakit dengan jumlah JPL:4 JPL, Pelatihan BNLS untuk 25 Ners Internal dengan jumlah JPL : 30 JPL dan Pelatihan TOT Keperawatan Neurosains untuk 15 Ners internal dengan jumlah JPL 30JPL
 - Berkoordinasi dengan Penanggung Jawab Pelatihan dari seluruh Unit/Tim Kerja/Instalasi/Bagian untuk terus menghimbau agar pegawai di Unit masing-masing dapat mengikuti pelatihan dan kegiatan peningkatan kompetensi lainnya yang diselenggarakan di internal maupun eksternal RSPON
 - Memberikan informasi kepada Penanggung Jawab Pelatihan dari seluruh Unit/Tim Kerja/Instalasi/Bagian tentang publikasi pelatihan/peningkatan kompetensi lainnya yang diselenggarakan oleh Kemenkes RI/Institusi eksternal RSPON.
 - Melakukan monitoring dan evaluasi setiap pekan ke 4 di setiap bulan bagi Nakes dan Named ASN yang telah mengikuti pelatihan dan peningkatan kompetensi lainnya untuk mengunggah sertifikat di akun LMS RSPON dan PDM masing-masing pegawai.

SASARAN PROGRAM 10: Terwujudnya Pengelolaan Keuangan Yang Andal

IKU 12. EBITDA *Margin*

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

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

Cara perhitungan sebagai berikut:

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

a. Pencapaian

Tabel III. 16 Capaian IKU: EBITDA Margin

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026			Jk Menengah (RSB th.2029)		Standar Nasional	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian	Target	% Capaian
EBITDA Margin	10%	3%	30%	10%	7.39%	73.9%	15%	49.26%	10%-20%	73.9%-49.26%

Realisasi kinerja pada indikator EBITDA Margin semester 1 tahun 2026 adalah 7.39%, hasil tersebut belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 10% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 73.9%, namun masih lebih tinggi jika dibandingkan tingkat pencapaian ditahun 2025 yang sebesar 30%. Sementara itu realisasi semester 1 tahun 2026 apabila dibandingkan dengan target 2029 sebesar 15% maka diperoleh realisasi capaian sebesar 49.26%.

Suatu organisasi dinilai sehat secara keuangan dengan standar EBITDA Margin yang ideal di besaran nilai 10%-20%, sehingga realisasi tahun 2025 dibandingkan dengan standar EBITDA Margin, maka capaiannya jika

dibandingkan dengan target ideal minimal 10% maka pencapaiannya sebesar 73.9%, sedangkan jika dibandingkan dengan target ideal maksimal maka pencapaiannya sebesar 49.26%.

RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono telah melakukan upaya-upaya peningkatan *EBITDA Margin*, antara lain:

1. Merekrut tenaga khusus untuk pemasaran dan promosi pelayanan.
 2. Menyusun tarif paket layanan yang merupakan jenis layanan *Medical Check Up* dalam rangka meningkatkan minat pemeriksaan.
 3. Memperluas dan meningkatkan kerjasama dengan asuransi maupun perusahaan.
 4. Menawarkan diskon dan program khusus pada waktu-waktu tertentu.
 5. Melakukan negosiasi dengan BPJS Kesehatan terkait kebijakan klaim.
 6. Melakukan efisiensi belanja sehingga menurunkan beban.
 7. Melakukan revisi belanja dari belanja barang menjadi belanja modal untuk pekerjaan-pekerjaan yang dapat dikapitalisasi ke aset, sehingga mengurangi beban operasional.
- b. Kendala yang dihadapi
- Pendapatan operasional belum tumbuh sebanding dengan peningkatan biaya operasional;
 - Tingginya biaya SDM, obat, BMHP, dan biaya operasional lainnya menekan margin operasional.;
 - Utilisasi fasilitas dan alat kesehatan berteknologi tinggi belum optimal.
 - Belum optimalnya monitoring indikator EBITDA secara *real time*.
- c. Upaya Tindak lanjut
- Meningkatkan pendapatan operasional melalui pengembangan layanan unggulan neuroscience, layanan premium, penelitian klinis, pendidikan, dan kerja sama strategis.
 - Mengendalikan biaya operasional dengan efisiensi penggunaan sumber daya tanpa menurunkan mutu pelayanan.

- Mengoptimalkan *Revenue Cycle Management* (RCM) agar klaim dan penagihan berjalan cepat, akurat, dan meminimalkan piutang.
- Meningkatkan utilisasi aset dan alat kesehatan sehingga investasi yang telah dilakukan memberikan kontribusi optimal terhadap pendapatan.
- Melakukan monitoring EBITDA Margin secara berkala melalui dashboard keuangan dan rapat evaluasi manajemen, sehingga penyimpangan dapat segera diidentifikasi dan ditindaklanjuti.

SASARAN PROGRAM : Meningkatnya Dukungan Manajemen Dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya

Indikator Nilai Kinerja Penganggaran merupakan indikator direktif dari Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan berdasarkan surat nomor: PR.01.05/D.I/683/2025 tanggal 2 Februari 2025 tentang Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 dan Persiapan Evaluasi SAKIP 2024, meskipun tidak tercantum didalam RSB 2025-2029. Oleh karenanya Tingkat pencapaian atas realisasi semester 1 tahun 2026, hanya bisa dibandingkan dengan target tahun 2025.

IKU 13. Nilai Kinerja Penganggaran

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

NKA mencakup dua aspek Utama yaitu:

1. Evaluasi Kinerja Anggaran (EKA), EKA berfokus pada penilaian perencanaan anggaran, termasuk capaian sasaran strategis dan efisiensi penggunaan anggaran.

2. Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) merupakan alat untuk mengukur aspek implementasi pelaksanaan anggaran, seperti penyerapan anggaran, belanja kontraktual, penyelesaian tagihan, dan capaian output

Formula perhitungan adalah:

$$\text{Nilai Kinerja Anggaran (NKA)} = ((\text{Evaluasi Kinerja Anggaran (EKA)} + \text{Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)}) / 2$$

a. Pencapaian

Tabel III. 17 Capaian IKU: Nilai Kinerja Penganggaran

Indikator Kinerja	2025			Per 30 Juni 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
Nilai Kinerja Penganggaran	92,35	91.93	99,55%	92.75	53.90	58.11%

Realisasi kinerja pada indikator Nilai Kinerja Penganggaran semester 1 tahun 2026 adalah 53.90 yang berarti bahwa IKU Nilai Kinerja Penganggaran belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 92,75 sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 58.11%.

IKU Nilai Kinerja Penganggaran belum dinilai ditahun 2024 dan tidak terdapat di RSB 2025-2029 karena indikator ini merupakan indikator Direktif, yang diturunkan langsung dari direktorat Pelayanan Kesehatan Lanjutan berdasarkan surat nomor: PR.01.05/D.I/683/2025 tertanggal 5 Februari 2025 perihal: Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 dan Persiapan Evaluasi SAKIP tahun 2024, yang kemudian direvisi dengan surat nomor: PR.03.03/D.I/622/2026 tertanggal 22 Januari 2026 perihal: Revisi perjanjian kinerja UPT tahun 2025.

b. Kendala yang dihadapi

- Adanya anggaran yang terblokir atas instruksi Presiden no.1 tahun 2025 yang merupakan program efisiensi anggaran Pemerintah menyebabkan penyerapan belanja modal kurang optimal
- Adanya kegagalan proses pengadaan akibat waktu pelaksanaan yang terlalu sempit

c. Upaya Tindak lanjut

- Memastikan perencanaan dan pelaksanaan belanja modal dilakukan tepat waktu dan sesuai prioritas, termasuk percepatan proses pengadaan serta penyelesaian administrasi dan dokumen pendukung
- Melakukan pemantauan dan evaluasi secara rutin terhadap pelaksanaan anggaran guna mengidentifikasi kendala secara dini dan mengambil langkah korektif yang cepat dan tepat.

IKU 14. Realisasi Anggaran

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

Formula perhitungan adalah:

$$(\text{Realisasi belanja} / \text{Total Pagu efektif berdasarkan aplikasi SAKTI}) \times 100\%$$

a. Pencapaian

Tabel III. 18 Capaian IKU: Realisasi Anggaran

Indikator Kinerja	Tahun 2025			Per 30 Juni 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
Realisasi Anggaran	96%	94,27%	98,20%	96%	30.69%	31.97%

Realisasi kinerja pada indikator Realisasi Anggaran Semester 1 tahun 2026 adalah 30.69% yang berarti belum mencapai target yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja tahun 2026 yaitu sebesar 96% sehingga capaian realisasi dibandingkan dengan target sebesar 31.97%. IKU Realisasi Anggaran merupakan indikator yang baru diukur ditahun 2025 dan tidak bisa dibandingkan dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi (RSB 2025-2029) dikarenakan indikator ini merupakan indikator direktif yang diturunkan langsung dari direktorat Pelayanan Kesehatan Lanjutan berdasarkan surat nomor: PR.01.05/D.I/683/2025 tertanggal 5 Februari 2025 perihal: Surat Pemberitahuan Penyusunan Perjanjian Kinerja tahun 2025 dan Persiapan

Evaluasi SAKIP tahun 2024, yang kemudian direvisi dengan surat nomor: PR.03.03/D.I/622/2026 tertanggal 22 Januari 2026 perihal: Revisi perjanjian kinerja UPT tahun 2025.

Tabel III. 19 Rincian Realisasi Anggaran Semester 1 Tahun 2026

Jenis Belanja	Alokasi	Realisasi	% Realisasi
Pegawai	63.846.005.000	32.302.312.564	50.59%
Barang	523.107.590.000	155.315.827.753	29.69%
Modal	46.046.156.000	6.651.612.694	14.45%
Total	632.999.751.000	194.269.753.011	30.69%

- b. Kendala yang dihadapi
- Pelaksanaan kegiatan tidak sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan karena adanya perubahan kebijakan atau kendala operasional,
 - Koordinasi antar unit pengelola program, keuangan, dan pengadaan belum optimal.
- c. Upaya Tindak lanjut
- Menyusun kembali jadwal pelaksanaan kegiatan (rescheduling) dan melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan yang masih dapat direalisasikan pada triwulan berikutnya.
 - Memperkuat koordinasi melalui rapat koordinasi rutin, penetapan PIC setiap kegiatan, serta penyelesaian hambatan secara cepat melalui eskalasi kepada manajemen

IKU 15. Indeks Kualitas SDM

Indeks Kualitas SDM merupakan ukuran yang menggambarkan kualitas ASN Kemenkes berdasarkan kesesuaian kualifikasi, kompetensi, kinerja, dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan.

Meskipun belum terdapat didalam RSB RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono 2025-2029, Indeks Kualitas SDM merupakan indikator direktif sebagaimana tertuang didalam salah satu Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2025 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2025-

2029, sehingga Indeks Kualitas SDM dimasukkan ke dalam Perjanjian Kinerja tahun 2026.

Capaian Indeks Kualitas SDM merupakan rata-rata Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN) dari SDM RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono. Hasil pengukuran Indeks Kualitas SDM dan IP ASN dapat diakses pada Portal EOffice Kemenkes melalui akun masing-masing pegawai ASN Kemenkes dengan Pengkategorian hasil pengukuran IP ASN terdiri dari:

- a. Sangat Tinggi : nilai 91-100;
- b. Tinggi : nilai 81-90;
- c. Sedang : nilai 71-80;
- d. Rendah : nilai 61-70;
- e. Sangat Rendah : nilai <61

Berdasarkan ketentuan dalam Peraturan Menteri PANRB dan BKN, dimensi dan bobot pengukuran IP ASN terdiri atas 4 dimensi yaitu:

- a. Dimensi Kualifikasi dengan bobot 25%;
- b. Dimensi Kompetensi dengan bobot 40%;
- c. Dimensi Kinerja dengan bobot 30%; dan
- d. Dimensi Disiplin dengan bobot 5%.

Teknis Pengukuran Indeks Kualitas SDM dan Indeks Profesionalitas ASN dilakukan berdasarkan surat Pedoman Ka Biro OSDM Nomor KP.02.04/A.IV/50901/2025 tanggal 31 Desember 2025

- a. Pencapaian

Tabel III. 20 Capaian IKU: Indeks Kualitas SDM

Indikator Kinerja	Per 30 Juni Tahun 2026			Target Jk Menengah th.2029 (Renstra Kemenkes 2025-2029)	
	Target	Realisasi	% Capaian	Target	% Capaian
Indeks Kualitas SDM	82	83.24	101.51%	85	97.92%

Perhitungan realisasi capaian indikator Indeks Kualitas SDM baru dilakukan ditahun 2026 dengan capaian per 30 Juni 2026 sebesar 83.2 dari target 82, yang termasuk didalam kategori tinggi sehingga tingkat persentasi pencapaiannya sebesar 101.51%. Jika dibandingkan dengan target jangka menengah ditahun 2029 dengan nilai 85 sebagaimana tercantum didalam Renstra Kemenkes 2025-209 persentase pencapaiannya sebesar 97.92%.

Adapun rincian hasil capaian Indeks kualitas SDM RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono per 30 Januari 2026 terdiri atas:

- a. Dimensi kualifikasi sebesar 21.48
 - b. Dimensi Kompetensi sebesar 31.74
 - c. Dimensi Kinerja sebesar 25.01
 - d. Dimensi Disiplin sebesar 5
- b. Kendala yang dihadapi
- Belum seluruh pegawai memenuhi standar kompetensi sesuai jabatan, baik kompetensi teknis, manajerial, maupun sosial kultural.
 - Pengisian dan pemutakhiran data kepegawaian pada sistem informasi (misalnya SIASN) belum lengkap atau belum tepat waktu sehingga memengaruhi nilai indeks profesionalitas
 - Koordinasi antara unit SDM dengan unit kerja dalam pemenuhan data dan pengembangan pegawai belum optimal.
- c. Upaya tindak lanjut
- Menyusun peta kebutuhan kompetensi (competency gap analysis) dan melaksanakan program pengembangan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan organisasi dan individu.

- Melakukan verifikasi dan pemutakhiran data kepegawaian secara berkala, termasuk data pendidikan, diklat, sertifikasi, jabatan, dan riwayat kinerja.
- Meningkatkan koordinasi melalui rapat berkala, penunjukan PIC pada setiap unit, dan penyusunan target pemenuhan indikator yang terukur.

IKU 16. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti

Rekomendasi adalah saran dari pemeriksa berdasarkan hasil pemeriksaannya yang ditujukan kepada orang dan/atau badan yang berwenang untuk melakukan tindakan dan/atau perbaikan.

Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara menyatakan bahwa pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) dan wajib memberikan jawaban atau penjelasan kepada BPK tentang tindak lanjut atas rekomendasi tersebut.

Jawaban atau penjelasan tentang tindak lanjut rekomendasi disampaikan oleh pejabat yang diperiksa dan/atau pejabat yang bertanggung jawab kepada BPK. Selanjutnya BPK menelaah jawaban tersebut untuk menentukan apakah jawaban/penjelasan pejabat tersebut telah dilakukan sesuai dengan rekomendasi BPK.

Suatu rekomendasi BPK dinyatakan telah ditindaklanjuti sesuai dengan rekomendasi apabila rekomendasi BPK telah ditindaklanjuti secara memadai oleh pejabat dan tindak lanjut tersebut sudah sesuai dengan rekomendasi dan rencana aksi yang disertai dengan bukti pendukung.

a. Pencapaian

Tabel III. 21 Capaian IKU : Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti

Indikator Kinerja	Per 30 Juni Tahun 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%	96,97%	102.07%

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti, merupakan indikator direktif yang diturunkan dari direktorat Kesehatan Lanjutan ke semua RS Vertikal dibawahnya, termasuk pula RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono, meskipun tidak terdapat didalam RSB RSPON tahun 2025-2029, akan tetapi tetap diperjanjikan didalam perjanjian kinerja tahun 2026.

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti merupakan indikator atas tindak lanjut dari seluruh temuan yang ada secara akumulasi. Atas seluruh LHP BPK yang menjadi temuan, tersisa 1 temuan yang akan diselesaikan tindak lanjutnya pada tahun 2026, yaitu penyelesaian piutang. Sehingga nilai capaian indikator kinerja mencapai 96,97%.

b. Kendala yang dihadapi

1. Terdapat piutang atas pasien WNA yang tidak dapat diterbitkan surat penghapusannya oleh KPKNL, sehingga dilakukan penghapusan dengan mekanisme PPNTD.
2. Pasien yang berubah penjaminan dari jaminan asuransi menjadi jaminan pribadi, sehingga penagihan dikembalikan ke RSPON

c. Upaya tindak lanjut

1. Berkoordinasi dengan Itjen dan BPK serta PIC unit di RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono yang berpotensi akan menjadi rekomendasi dalam hasil pemeriksaan BPK.

2. Melakukan mekanisme penghapusan piutang dengan PPNTD
3. Melakukan penagihan lebih lanjut ke penanggung piutang

IKU 17. Nilai SAKIP

Penilaian SAKIP didasarkan pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Keputusan Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Nomor HK.02.02/D/680/2026 tentang Perjanjian Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan.

Yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana AKIP dilaksanakan dalam mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil pada Instansi Pemerintah, dimana Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) adalah pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah melalui implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

Evaluasi AKIP adalah aktivitas analisis yang sistematis, pemberian nilai, atribut, apresiasi, dan pengenalan permasalahan, serta pemberian solusi atas masalah yang ditemukan guna peningkatan akuntabilitas dan peningkatan kinerja instansi pemerintah.

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) adalah rangkaian sistematis dari berbagai aktivitas, alat, dan prosedur yang dirancang untuk tujuan penetapan dan pengukuran, pengumpulan data, pengklasifikasian, pengikhtisaran, dan pelaporan kinerja pada instansi pemerintah, dalam rangka pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah.

Perhitungan penilaian SAKIP dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

a. Pencapaian

Tabel III. 22 Capaian IKU: Nilai SAKIP

Indikator Kinerja	Per 30 Juni Tahun 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian
Nilai SAKIP	83	90	108.43%

Indikator Nilai SAKIP, merupakan indikator direktif yang diturunkan dari direktorat Kesehatan Lanjutan ke semua RS Vertikal dibawahnya, termasuk pula RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono, meskipun tidak terdapat didalam RSB RSPON tahun 2025-2029, akan tetapi tetap diperjanjikan didalam perjanjian kinerja tahun 2026.

Realisasi penilaian LAKIP pada semester 1 tahun 2026 merupakan hasil reuiu SAKIP tahun 2025 yang dilakukan oleh SPI RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono Jakarta

b. Kendala yang dihadapi

- Pemahaman pegawai terhadap implementasi SAKIP belum merata.
- Koordinasi antar unit dalam penyusunan laporan kinerja dan pemenuhan eviden masih belum optimal

c. Upaya Tindak Lanjut

- Menyelenggarakan sosialisasi, bimbingan teknis, coaching, dan pendampingan kepada seluruh unit kerja mengenai implementasi SAKIP dan pengelolaan kinerja.
- Memperkuat koordinasi melalui penunjukan PIC kinerja pada setiap unit, penyusunan jadwal pelaporan, serta monitoring penyampaian data secara berkala.

IKU 18. Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi

Mengukur jumlah layanan berbasis genomik dalam bidang otak dan persarafan yang dikembangkan dan diimplementasikan di Hubs RS.

Jumlah pasien yang direkrut oleh RS Hubs untuk program BGSi dalam tahun berjalan sesuai kriteria yang ditentukan dengan Eksklusi : sampel yang tidak dapat di *sequencing*

Berdasarkan surat Direktur Pengembangan Pelayanan Kesehatan Rujukan, nomor: PR.03.02/D.III/1702/2025 tertanggal 21 Agustus 2025 perihal Penyampaian Indikator Direktif Program BGSi, bahwasanya Indikator Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi agar dimasukkan kedalam Perjanjian Kinerja pasca penetapan Rencana Strategis Kemenkes Tahun 2025 – 2029. Menindaklanjuti hal tersebut indikator Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi, dimasukkan kedalam perjanjian kinerja tahun 2026 meskipun belum terdapat di RSB RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono tahun 2025-2029.

Berdasarkan surat Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan dengan Nomor: TK.02.03/D/253/2026 tertanggal 20 Januari 2026 perihal Revisi target program BGSi tahun 2026, pada tahun 2026 Jumlah populasi direkrut di RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono sebesar 2.450

a. Pencapaian

Tabel III. 23 Capaian IKU: Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi

Indikator Kinerja	Per 30 Juni Tahun 2026		
	Target	Realisasi	% Capaian
Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSi	2450	1369	55.88%

Jumlah populasi yang direkrut telah dilakukan secara bertahap, untuk semester 1 tahun 2026 jumlah populasi yang direkrut untuk program BGSi telah memenuhi target semesteran

b. Kendala yang dihadapi

Belum terdapat kendala yang berarti dalam pencapaian IKU tersebut

c. Upaya Tindak Lanjut

Monitoring dan evaluasi terus dilakukan dalam meningkatkan capaian indikator IKU Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSI

Berikut adalah rekapitulasi Capaian IKU Semester 1 tahun 2026 beserta alokasi dan realisasi anggarannya:

Tabel III. 24 Rekapitulasi Capaian & Anggaran IKU Semester 1 Tahun 2026

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi Thp Target	Alokasi (Rp)	Realisasi Smt I (Rp)
1.	Terwujudnya Layanan Ter-baik Level Asia	1	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)	90,64	98,85	109,06%	88.960.518.100	38.909.624.222
2.	Terwujudnya Penyelenggara-an Pengampunan Nasional untuk Penyakit Prioritas	2	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola / Diampu sesuai Target	57,50%	74,43%	129,44%	1.200.000.000	151.165.300
3.	Terwujudnya Pusat Pendi-di-kan, Pelatihan, dan Peneliti-an yang Berkesinambungan	3	Persentase Pendapatan yang diperoleh dari Semua Penelitian	1%	0,38%	38,00%	5.676.554.500	1.045.834.643
4.	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	4	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (IHS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan	50%	57,40%	114,80%	5.945.079.000	1.865.758.093
5.	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan Akuntabel	5	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>	Level 4	Level 4	100,00%	39.091.678.000	18.963.300.605
6.	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien	6	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	70%	79,38%	113,40%	41.634.985.400	16.634.574.277
7.	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten	7	<i>Healthcare Associated Infections</i> (HAIs) rates	100%	50%	50,00%	325.020.000	24.963.518
		8	Persentase Standar Klinis yang Tercapai	80%	100%	125,00%	115.950.038.800	53.122.232.035
8.	Terwujudnya Kegiatan Pema-saran yang Inovatif dan Berfokus pada Pelanggan	9	Persentase Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Keseluruhan RS	30%	27,31%	91,03%	2.230.366.000	122.948.416
9.	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang Ber-AKHLAK	10	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai	78	0	0,00%	238.334.450.000	157.744.086.228
		11	<i>Training Effectiveness Index</i> (TEI)	73,75%	42,30%	57,36%	2.485.100.000	798.538.962
10.	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Andal	12	EBITDA <i>Margin</i> (% terhadap pendapatan operasional netto)	10%	7,39%	73,90%	79.655.299.200	59.583.123.702
INDIKATOR DIREKTIF								
1.	Meningkatnya Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	13	Nilai Kinerja Anggaran	92,75	53,9	58,11%	90.000.000	13.985.947
		14	Realisasi Anggaran	96%	30,69%	31,97%	6.532.057.000	4.814.321.974
		15	Indeks Kualitas SDM	82	83,24	101,51%	3.397.801.000	905.352.151
		16	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	95%	96,97%	102,07%	167.250.000	83.250.000
		17	Nilai SAKIP	83	90	108,43%	35.000.000	463.200
2.	Pertumbuhan layanan kesehatan berbasis kedokteran presisi yang diimplementasikan	18	Jumlah populasi direkrut di RS Hubs untuk program BGSI	2450	1369	55,88%	1.288.554.000	565.678.900
Total							632.999.751.000	355.349.202.173

INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT)

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

Tabel III. 25 Capaian IKT Semester 1 tahun 2026

No	Nama Indikator	Jenis Indikator	Target	Realisasi	Persentase Capaian	Realisasi	Persentase Capaian	Realisasi	Persentase Capaian	Realisasi	Persentase Capaian	Realisasi	Persentase Capaian	Realisasi	Persentase Capaian
				Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni						
1	Akurasi Proyeksi Pendapatan & Belanja BLU	Max	3,5	3,35	96%	5,00	125%	4,90	125%	5,00	125%	5	125%	5	125%
2	Kelengkapan Pengisian Aplikasi BIOS	Max	100%	93%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan	Max	90%	88,79%	99%	89,49%	99%	87,31%	97%	85,50%	95%	89,86%	99,84%	88,45%	98%
4	Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional	Min	50%	46%	109%	47%	106%	48%	103%	43,00%	116%	49%	102%	50%	100%
5	Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional	Min	25%	25%	100%	25%	100%	27%	93%	24%	104%	25%	100%	25%	100%
6	Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang (Days Receivable Turnover)	Min	40	16,14	125%	14	125%	13	125%	17	125%	13,75	125%	14	125%
7	EBITDA Margin	Max	15%	13%	80%	9%	60%	2%	40%	17%	125%	4%	40%	3%	40%
8	Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional	Max	30%	25%	83%	30%	100%	28%	93%	28%	93%	28%	93%	28%	92%
9	Rasio Pendapatan Operasional terhadap Jumlah Tempat Tidur	Max	1M/Y	149.251.983	125%	132.768.632	125%	124.725.456	125%	150.063.557	125%	136.978.828	125%	141.942.413	125%
10	Pertumbuhan Layanan BLU	Max	3,5	5	125%	2	57%	1,5	43%	5	125%	3	86%	5	125%
11	Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit	Max	80%	81,47%	102%	81,62%	102%	82,13%	103%	80,36%	100%	84,28%	105%	80,85%	101%
12	Persentase Pengguna Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan	Max	85%	85%	100%	86,03%	101%	92%	108%	87%	103%	86,06%	101%	87,65%	103%
13	Integrasi RME dan kesesuaian pengiriman data Satu Sehat	Max	80%	80%	100%	81%	101%	86%	108%	86%	108%	92%	115%	81,84%	102%
14	Persentase Pasien yang mendapatkan Antibiotik Sistem Empirik sesuai Standar	Max	80%	74,24%	93%	89,04%	111%	80%	100%	73%	91%	96%	120%	97,30%	122%
15	Pasien Stroke Hiperakut (<4,5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit	Max	80%	98,10%	123%	94,38%	118%	94,78%	118%	92%	115%	88%	110%	98,78%	123%
16	Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) 7 Hari	Max	80%	100%	125%	100%	125%	100%	125%	100%	125%	100%	125%	100%	125%
Capaian Indikator Kinerja				105%	104%	100%	111%	104,49%	106,69%						
Kelebihan Capaian Kinerja				5%	4%	0%	11%	4,49%	6,69%						
Indikator Tercapai				10	13	11	13	12	13						
Indikator Tidak Tercapai				6	3	5	3	4	3						

Hasil Capaian IKT Semester 1 Tahun 2026 dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Terdapat 16 Indikator Kinerja Terpilih RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Tahun 2025 yang telah disepakati oleh Direktur Jenderal Perbendaharaan dengan Direktur Utama RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono antara lain:
 - a. Akurasi Proyeksi Pendapatan & Belanja BLU
 - b. Kelengkapan Pengisian Aplikasi BIOS
 - c. Kualitas Klaim JKN ke BPJS Kesehatan
 - d. Rasio Beban Pegawai terhadap Pendapatan Operasional
 - e. Rasio Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional
 - f. Jangka waktu penerimaan pembayaran piutang (Days Receivable Turnover)
 - g. EBITDA Margin
 - h. Porsi Pendapatan non-JKN terhadap Pendapatan Operasional
 - i. Rasio Pendapatan Operasional terhadap Jumlah Tempat Tidur
 - j. Pertumbuhan Layanan BLU
 - k. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit
 - l. Persentase Pengguna Pendaftaran Online Pasien Rawat Jalan
 - m. Integrasi RME dan kesesuaian pengiriman data Satu Sehat
 - n. Persentase Pasien yang mendapatkan Antibiotik Sistem Empirik sesuai Standar
 - o. Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras $\leq$ 30 Menit
 - p. Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) 7 Hari
2. Capaian IKT Semester 1 Tahun 2026 yang telah disetujui oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan, Kementerian Kesehatan RI sebagai berikut:
 - a. Kualitas Klaim JKN ke BPJS selama periode semester 1 tahun 2026 belum mencapai target $\geq 90\%$.

Kendala yang dihadapi:

- Ketidaksesuaian persepsi terkait aturan klaim yang berlaku antara RSPON dengan BPJS Kesehatan

- Dispute klaim yang masih dipermasalahkan walaupun sudah sesuai aturan

Upaya Tindak Lanjut:

- Melakukan komunikasi lebih lanjut dengan pihak BPJS Kesehatan & Kementerian Kesehatan RI
- Pihak BPJS Kantor Cabang akan berkomunikasi dengan BPJS Pusat
- Beberapa kasus yang akan expired sepakat untuk dispute

b. EBITDA Margin

Selama Semester 1 tahun 2026, nilai EBITDA Margin hanya tercapai pada bulan April 2026 sebesar 17% dari target 15%.

Kendala yang dihadapi:

- Pendapatan Operasional yang Beban Operasional
- Belum optimalnya efisiensi Belanja, termasuk belanja Farmasi
- Peningkatan kunjungan belum sebanding dengan pengeluaran Belanja
- Beban Penyusutan & Amortisasi (Layanan) dan Beban Barang & Jasa untuk Layanan masih tinggi

Rencana Tindak Lanjut:

- Peningkatan efisiensi Belanja (Farmasi & Pegawai)
- Peningkatan jumlah kunjungan melalui kegiatan pemasaran dan intensifikasi layanan
- Meningkatkan Pendapatan Operasional, khususnya untuk Pendapatan Non-JKN
- Memaksimalkan penggunaan Gedung baru RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono

c. Rasio Pendapatan Non JKN terhadap Pendapatan Operasional

Pencapaian indikator Rasio Pendapatan Non JKN terhadap Pendapatan Operasional selama semester 1 tahun 2026, hanya tercapai pada bulan Februari 2026 sebesar 30% dari target 30%

Kendala yang dihadapi:

- Gedung baru belum seluruhnya optimal digunakan, karena menunggu kelengkapan Sarpras;
- Kelengkapan Alkes yang masih terkendala dengan laporan terakhir sudah *e-purchasing*, saat ini menunggu konfirmasi dari pihak Invest Internasional (Belanda);
- Penagihan Piutang Asuransi Non JKN yang belum optimal mengurangi Piutang.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mengoptimalkan pelayanan eksekutif
- Meningkatkan strategi marketing Non JKN
- Meningkatkan pendapatan sector Non Pelayanan: Biaya Parkir, biaya sewa, neuro living, dll
- Meningkatkan layanan ACU dan Bedah Eksekutif, untuk rawat jalan dan rawat inap

d. Pertumbuhan Layanan BLU

Capaian Indikator Pertumbuhan Layanan BLU hanya tercapai pada bulan Januari, April dan Juni

Kendala yang dihadapi:

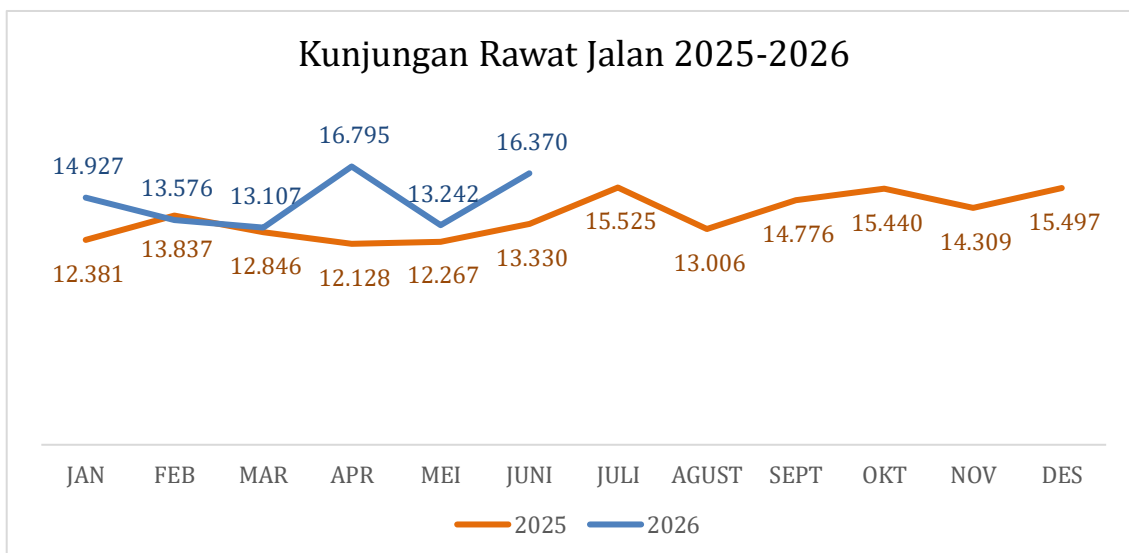
- Jumlah hari pelayanan BPJS & Reguler disemester 1 tahun 2026 lebih sedikit dibandingkan semester 1 tahun 2025

Rencana Tindak Lanjut:

- Optimasi pemasaran untuk meningkatkan jumlah pasien non BPJS
- Rencana penambahan 2 dokter SpN per 1 Juli, serta 1 dokter telah selesai *fellow epilepsy* ditargetkan dapat meningkatkan kunjungan pasien pada bulan-bulan selanjutnya

B. Sumber Daya

1. Kinerja Pelayanan



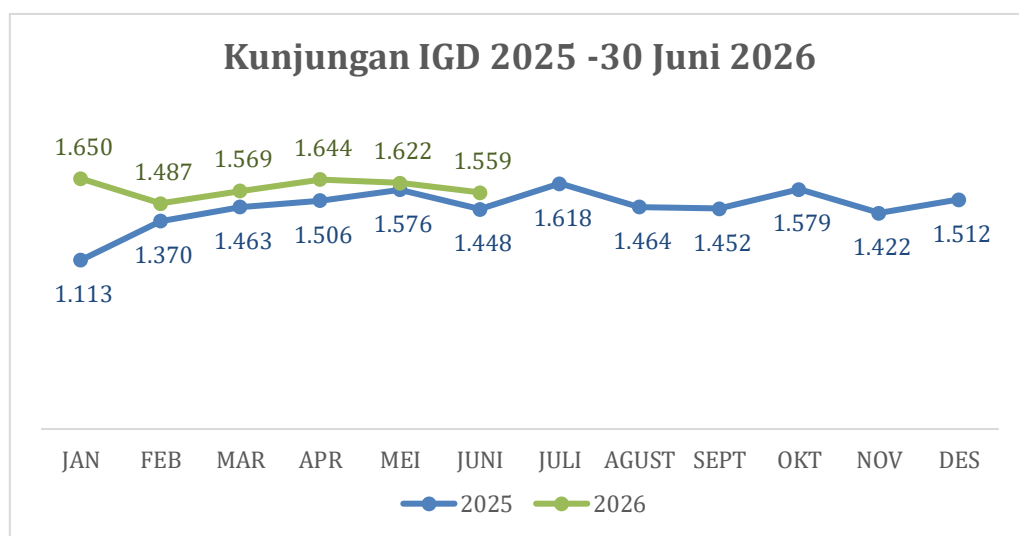
Gambar III. 6 Kunjungan Rawat Jalan

Berdasarkan trend kunjungan Rawat Jalan tahun 2025 sampai dengan semester 1 tahun 2026 diperoleh:

- Terjadi peningkatan kunjungan yang signifikan pada Semester I 2026, yaitu sebesar 14,62% dibandingkan periode yang sama tahun 2025.
- Empat dari enam bulan mengalami pertumbuhan positif, dengan peningkatan tertinggi terjadi pada: April (+38,48%), Juni (+22,81%), Januari (+20,56%)
- Februari menjadi satu-satunya bulan yang mengalami penurunan, yaitu sebesar 1,89%, namun penurunan ini relatif kecil dan segera diikuti peningkatan pada bulan-bulan berikutnya.
- April merupakan puncak pertumbuhan, dengan tambahan 4.667 kunjungan dibandingkan April 2025. Hal ini mengindikasikan adanya peningkatan pemanfaatan layanan, yang dapat dipengaruhi oleh bertambahnya jumlah pasien, pembukaan layanan baru, peningkatan kerja sama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama, atau faktor musiman.

- Rata-rata kunjungan per bulan juga meningkat dari sekitar 12.798 kunjungan pada Semester I 2025 menjadi sekitar 14.670 kunjungan pada Semester I 2026, menunjukkan peningkatan kapasitas pelayanan sekitar 1.872 kunjungan per bulan.

Secara umum, tren kunjungan rawat jalan menunjukkan pertumbuhan yang positif pada tahun 2026. Kenaikan total sebesar 11.228 kunjungan (14,62%) pada Semester I mengindikasikan meningkatnya pemanfaatan layanan rawat jalan. Apabila tren ini dapat dipertahankan hingga akhir tahun, jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2026 berpotensi melampaui capaian tahun 2025 secara signifikan. Kondisi ini perlu diimbangi dengan kesiapan sumber daya manusia, kapasitas pelayanan, serta ketersediaan sarana dan prasarana agar mutu pelayanan tetap terjaga.



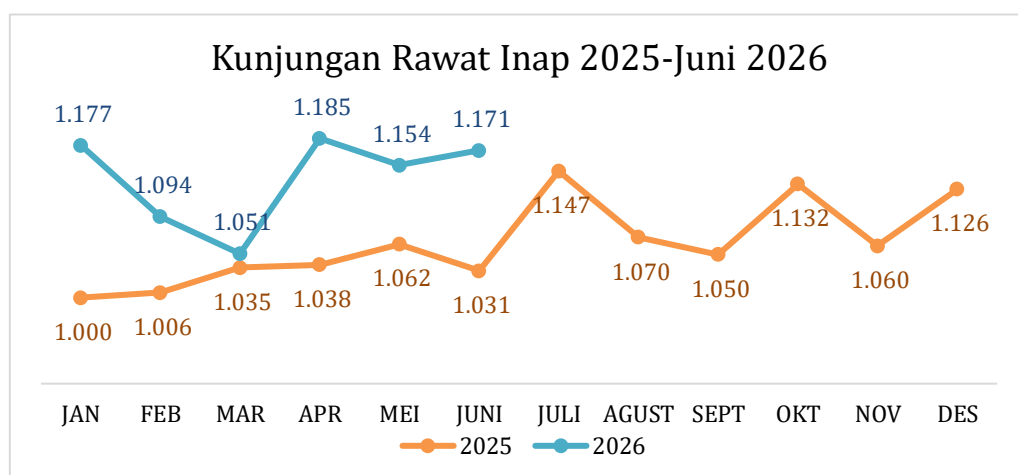
Gambar III. 7 Kunjungan IGD

Berdasarkan Gambar III.7 diperoleh:

- Kunjungan IGD pada Semester I 2026 meningkat sebesar 12,45% dibandingkan periode yang sama tahun 2025, dengan tambahan 1.055 kunjungan.
- Seluruh bulan mengalami pertumbuhan positif, menunjukkan peningkatan yang konsisten tanpa adanya penurunan bulanan dibandingkan tahun sebelumnya.

- Januari mencatat pertumbuhan tertinggi, yaitu 48,25%, dengan tambahan 537 kunjungan. Peningkatan yang cukup tinggi ini menjadi kontributor utama terhadap pertumbuhan Semester I.
- Setelah lonjakan pada Januari, pertumbuhan kunjungan relatif stabil pada kisaran 3–9% pada Februari hingga Juni. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kunjungan IGD tetap berada pada tingkat yang lebih tinggi dibandingkan tahun sebelumnya.
- Rata-rata kunjungan per bulan meningkat dari sekitar 1.413 kunjungan pada Semester I 2025 menjadi sekitar 1.589 kunjungan pada Semester I 2026, atau bertambah sekitar 176 kunjungan per bulan.

Secara keseluruhan, tren kunjungan IGD pada tahun 2026 menunjukkan peningkatan yang konsisten dibandingkan periode yang sama tahun 2025. Kenaikan sebesar 12,45% mengindikasikan meningkatnya kebutuhan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit. Kondisi ini perlu diantisipasi melalui penguatan kapasitas layanan IGD, antara lain dengan memastikan kecukupan tenaga kesehatan, ketersediaan tempat observasi, sarana penunjang, serta optimalisasi alur pelayanan agar waktu tunggu dan mutu pelayanan tetap terjaga meskipun volume pasien meningkat.

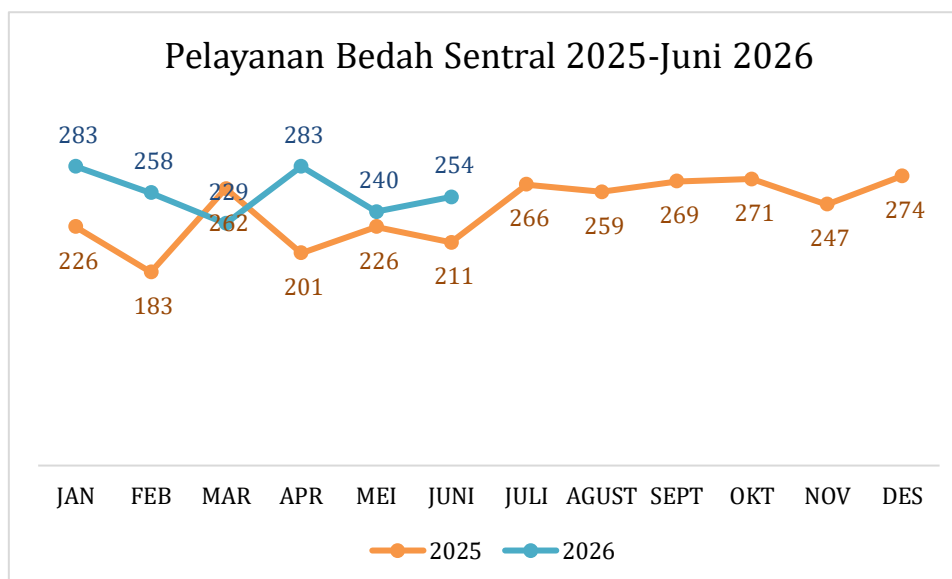


Gambar III. 8 Kunjungan Rawat Inap

Berdasarkan Gambar III.8 diperoleh:

- Jumlah kunjungan rawat inap pada Semester I 2026 meningkat sebesar 10,69% dibandingkan Semester I 2025, dengan tambahan 660 pasien.
- Seluruh bulan menunjukkan pertumbuhan positif, menandakan adanya peningkatan pemanfaatan layanan rawat inap secara konsisten selama enam bulan pertama tahun 2026.
- Januari mencatat pertumbuhan tertinggi, yaitu 17,70%, diikuti oleh April (14,16%) dan Juni (13,58%). Hal ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien yang memerlukan perawatan inap pada awal hingga pertengahan tahun.
- Maret mengalami pertumbuhan paling rendah, yaitu 1,55%, namun tetap menunjukkan peningkatan dibandingkan periode yang sama tahun sebelumnya. Setelah Maret, jumlah kunjungan kembali meningkat secara lebih signifikan pada April hingga Juni.
- Rata-rata kunjungan rawat inap per bulan meningkat dari sekitar 1.029 pasien pada Semester I 2025 menjadi sekitar 1.139 pasien pada Semester I 2026, atau bertambah sekitar 110 pasien per bulan.

Secara keseluruhan, tren kunjungan rawat inap pada Semester I 2026 menunjukkan pertumbuhan yang positif dan stabil dibandingkan periode yang sama tahun 2025. Peningkatan sebesar 10,69% mengindikasikan meningkatnya kebutuhan pelayanan rawat inap di rumah sakit. Apabila tren ini berlanjut hingga akhir tahun, jumlah pasien rawat inap tahun 2026 berpotensi melampaui capaian tahun 2025. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memastikan kesiapan kapasitas tempat tidur, tenaga kesehatan, ketersediaan obat dan alat kesehatan, serta menjaga efisiensi alur pelayanan agar peningkatan volume pasien tetap diimbangi dengan mutu pelayanan yang optimal.

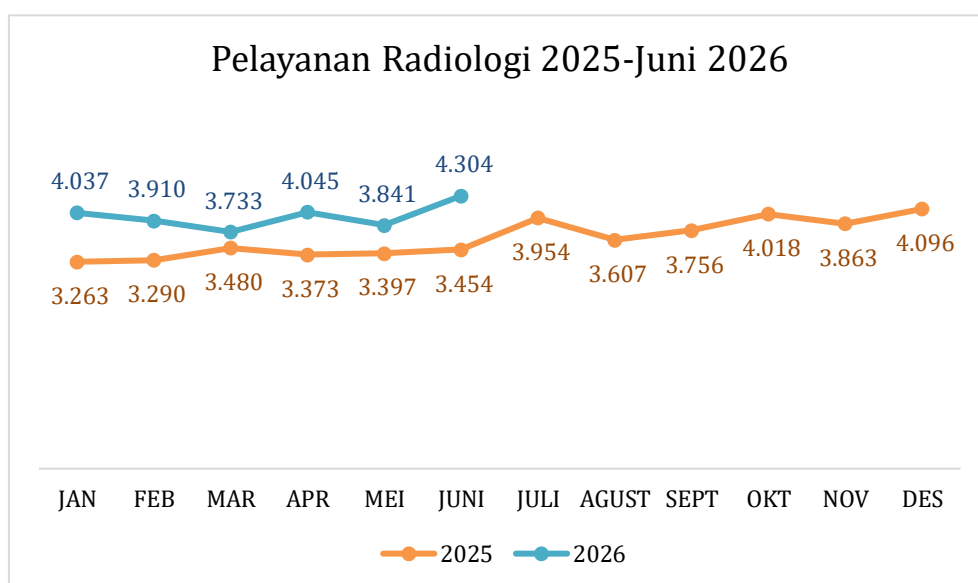


Gambar III. 9 Pelayanan Bedah Sentral

Berdasarkan Gambar III.9 diperoleh:

- Pelayanan Bedah Sentral pada Semester I 2026 meningkat sebesar 18,18% dibandingkan periode yang sama tahun 2025, dengan tambahan 238 tindakan bedah
- Lima dari enam bulan menunjukkan pertumbuhan positif, dengan peningkatan tertinggi terjadi pada: Februari (+40,98%), April (+40,80%), Januari (+25,22%)
- Maret menjadi satu-satunya bulan yang mengalami penurunan, yaitu sebesar 12,60% dibandingkan Maret 2025. Penurunan ini bersifat sementara karena volume tindakan kembali meningkat pada April hingga Juni.
- April menjadi bulan dengan jumlah tindakan tertinggi pada Semester I 2026, yaitu 283 tindakan, yang menunjukkan peningkatan aktivitas pelayanan bedah setelah penurunan pada Maret.
- Rata-rata tindakan bedah per bulan meningkat dari sekitar 218 tindakan pada Semester I 2025 menjadi sekitar 258 tindakan pada Semester I 2026, atau bertambah sekitar 40 tindakan per bulan.

Secara keseluruhan, tren pelayanan Bedah Sentral pada Semester I 2026 menunjukkan pertumbuhan yang positif dengan peningkatan 18,18% dibandingkan periode yang sama tahun sebelumnya. Meskipun terjadi penurunan pada bulan Maret, peningkatan yang cukup tinggi pada bulan-bulan lainnya mampu mendorong kinerja pelayanan secara keseluruhan. Kondisi ini mengindikasikan meningkatnya kebutuhan tindakan operatif di rumah sakit serta menunjukkan pemanfaatan fasilitas Bedah Sentral yang semakin optimal. Untuk mempertahankan tren positif tersebut, rumah sakit perlu memastikan kesiapan ruang operasi, ketersediaan tenaga medis dan keperawatan, dukungan pelayanan anestesi, serta pengelolaan jadwal operasi agar kapasitas pelayanan tetap optimal dan waktu tunggu tindakan dapat diminimalkan.



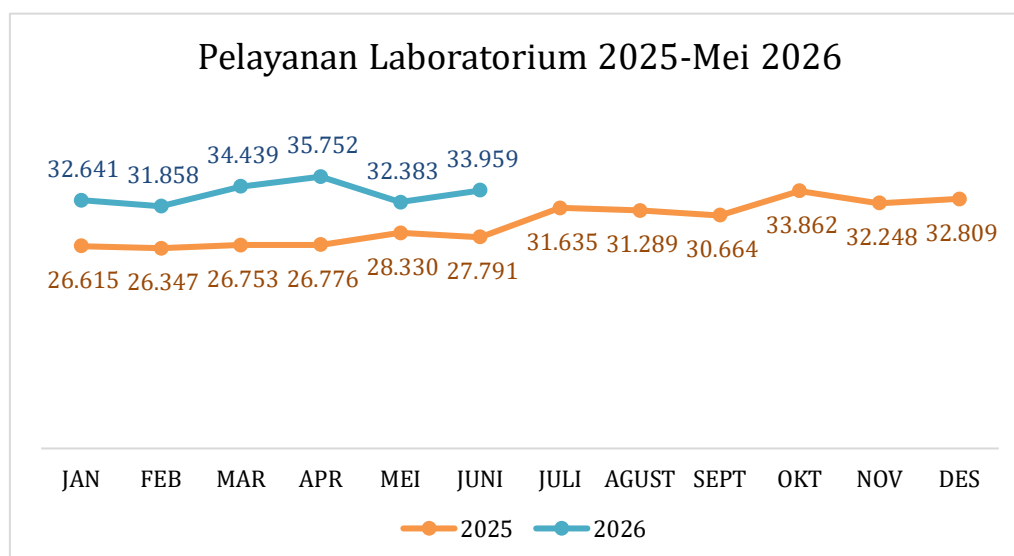
Gambar III. 10 Pelayanan Radiologi

Berdasarkan Gambar III.10, diperoleh:

- Pelayanan Radiologi pada Semester I 2026 meningkat sebesar 17,84% dibandingkan Semester I 2025, dengan tambahan 3.613 pemeriksaan.
- Seluruh bulan mengalami pertumbuhan positif, menunjukkan peningkatan pemanfaatan layanan radiologi yang stabil sepanjang enam bulan pertama tahun 2026.

- Juni mencatat pertumbuhan tertinggi, yaitu 24,61%, dengan tambahan 850 pemeriksaan dibandingkan Juni 2025. Peningkatan ini menunjukkan tingginya kebutuhan pemeriksaan penunjang diagnostik pada pertengahan tahun.
- Januari (23,72%), April (19,92%), dan Februari (18,84%) juga menunjukkan pertumbuhan yang signifikan, sedangkan Maret mengalami pertumbuhan paling rendah (7,27%) namun tetap lebih tinggi dibandingkan tahun sebelumnya.
- Rata-rata jumlah pemeriksaan radiologi per bulan meningkat dari sekitar 3.376 pemeriksaan pada Semester I 2025 menjadi sekitar 3.978 pemeriksaan pada Semester I 2026, atau bertambah sekitar 602 pemeriksaan per bulan.

Secara keseluruhan, tren pelayanan Radiologi pada Semester I 2026 menunjukkan pertumbuhan yang positif dan konsisten, dengan peningkatan sebesar 17,84% dibandingkan periode yang sama tahun 2025. Kenaikan ini mengindikasikan meningkatnya kebutuhan pemeriksaan radiologi yang kemungkinan sejalan dengan peningkatan kunjungan pasien rawat jalan, IGD, dan rawat inap, serta bertambahnya tindakan medis yang memerlukan pemeriksaan penunjang. Untuk menjaga kualitas pelayanan, rumah sakit perlu memastikan kesiapan peralatan radiologi, ketersediaan sumber daya manusia, efisiensi alur pemeriksaan, serta pemeliharaan alat agar peningkatan volume pelayanan tidak berdampak pada waktu tunggu maupun mutu hasil pemeriksaan.



Gambar III. 11 Pelayanan Laboratorium

Berdasarkan gambar III.11 diperoleh:

- Pelayanan Laboratorium pada Semester I 2026 meningkat sebesar 23,63% dibandingkan Semester I 2025, dengan tambahan 38.420 pemeriksaan laboratorium.
- Seluruh bulan mengalami pertumbuhan positif, menunjukkan peningkatan kebutuhan pemeriksaan laboratorium yang konsisten sepanjang enam bulan pertama tahun 2026.
- April mencatat pertumbuhan tertinggi, yaitu 33,52%, dengan tambahan 8.976 pemeriksaan dibandingkan April 2025. Hal ini mengindikasikan tingginya pemanfaatan layanan laboratorium pada periode tersebut.
- Maret (28,73%), Januari (22,64%), dan Juni (22,19%) juga menunjukkan pertumbuhan yang tinggi, sedangkan Mei mengalami pertumbuhan paling rendah namun tetap positif sebesar 14,30%.
- Rata-rata jumlah pemeriksaan laboratorium per bulan meningkat dari sekitar 27.102 pemeriksaan pada Semester I 2025 menjadi sekitar 33.505 pemeriksaan pada Semester I 2026. Dengan demikian, terjadi peningkatan rata-rata sekitar 6.403 pemeriksaan per bulan atau sekitar 23,63%.

Secara keseluruhan, tren pelayanan Laboratorium pada Semester I 2026 menunjukkan pertumbuhan yang sangat baik dan konsisten, dengan peningkatan sebesar 23,63% dibandingkan periode yang sama tahun 2025. Kenaikan ini merupakan yang tertinggi dibandingkan beberapa unit pelayanan penunjang lainnya, sehingga menunjukkan semakin besarnya kebutuhan pemeriksaan laboratorium sebagai bagian dari proses diagnosis, pemantauan terapi, dan evaluasi kondisi pasien.

Peningkatan volume pemeriksaan ini berkaitan dengan bertambahnya kunjungan pasien rawat jalan, rawat inap, IGD, serta meningkatnya tindakan medis yang memerlukan pemeriksaan penunjang. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memastikan kesiapan kapasitas laboratorium melalui kecukupan tenaga analis, ketersediaan reagen dan bahan habis pakai, pemeliharaan alat, serta optimalisasi alur pemeriksaan agar *turnaround time* (TAT) tetap sesuai standar dan mutu pelayanan tetap terjaga di tengah peningkatan beban kerja.

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

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

Berdasarkan dokumen Konfirmasi Kesesuaian Kegiatan Pemanfaatan Ruang Untuk Kegiatan Berusaha Nomor: 06092410113175165 yang dikeluarkan oleh an. Menteri Agraria dan Tata Ruang/Kepala Badan Pertanahan Nasional Menteri Investasi/Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal pada tanggal 6 September 2024, dinyatakan bahwa RSPON telah diakui memiliki tanah seluas 25.238,18 M² yang

pengadaannya telah berproses sejak tahun 2023 untuk pembangunan Gedung Parkir, Pendidikan dan Pelayanan Institut Neurosains Nasional.

Pembangunan Gedung Pelayanan Terpadu dan Gedung Institut Neurosains Nasional (INN) telah selesai dilakukan pembangunannya pada 30 Juni 2025, dan telah dilaksanakan peresmian pada tanggal 26 Agustus 2025 oleh Presiden ke-8 Bapak Prabowo Subianto. Pelayanan untuk Masyarakat telah dimulai di Gedung Pelayanan Terpadu RSPON pada tanggal 15 September 2025.

Berikut informasi mengenai Gedung baru RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono:

a. Gedung Pelayanan Terpadu

- Luas bangunan $\pm 76.554 \text{ m}^2$
- 2 lantai basement dan 11 lantai pelayanan
- 211 kamar rawat (187 VIP, 23 VVIP, 1 President Suite)
- Unit layanan IGD, rawat intensif, Radiologi
- 5 Kamar operasi, 2 Ruang Cathlab
- 18 level parkir split yang menampung 427 mobil dan 435 motor

b. Gedung Institut Neurosains Nasional (INN)

- Luas bangunan $\pm 33.901 \text{ m}^2$
- 18 *bed Clinical Research Unit*
- Klinik patologi, ruang dokter dan pendidikan
- Radioterapi
- Kedokteran nuklir
- Area retail dan komersial
- Ruang Direksi dan Staf

3. Sumber Daya Keuangan

Realisasi Pendapatan

Pencapaian pendapatan PNBPN BLU RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono per 30 Juni tahun 2026 sebesar Rp263.491.660.871,00 yakni 45,35% dari target pendapatan PNBPN BLU RSPON sebesar Rp 581.043.965.000,00.

Adapun perincian pendapatan PNBPN BLU RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono per 30 Juni 2026 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel III. 26 Rincian Pendapatan Per 30 Juni 2026

NO	Kode Akun Jenis Pendapatan	Estimasi	Realisasi	%
1	424111 Pendapatan Jasa Pelayanan Rumah Sakit	556.378.455.000	256.316.434.137	46,07%
2	424219 Pendapatan Hibah Terikat Lainnya - Uang	300.000.000	173.585.992	57,86%
3	424312 Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	17.560.940.000	3.475.092.964	19,79%
4	424421 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat dalam Satu Kementerian Negara/Lembaga	389.390.000	87.380.000	22,44%
5	424422 Pendapatan dari Pelayanan BLU yang Bersumber dari Entitas Pemerintah Pusat di luar Kementerian Negara/Lembaga yang membawahi BLU	1.000.000.000	833.695.287	83,37%
6	424911 Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	5.015.180.000	2.440.210.971	48,66%
7	424919 Pendapatan Lain-lain BLU	400.000.000	71.250.170	17,81%
8	425122 Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin	0,00	54.953.600	0,00%
9	425911 Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Yang Lalu	0,00	38.720.850	0,00%
Jumlah		581.043.965.000	263.491.323.971	45,35%

Realisasi Anggaran

Alokasi anggaran RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono berdasarkan pagu terakhir DIPA Tahun 2026 revisi ke-5 tanggal 29 Mei 2026 sebesar Rp632.999.751.000,00 dengan realisasi penyerapan anggaran sampai dengan 30 Juni tahun 2026 sebesar Rp194.269.753.011,00 (30,69%).

Adapun perincian Alokasi dan Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2026 adalah sebagai berikut:

Tabel III. 27 Rincian Realisasi Anggaran sampai dengan 30 Juni 2026

Berdasarkan DIPA RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono tahun 2026

Keterangan	Alokasi	Realisasi	%	Sisa
Rupiah Murni				
Belanja Pegawai	63.846.005.000	32.302.312.564	50,59%	31.543.692.436
Belanja Barang	2.377.416.000	617.080.202	25,96%	1.760.335.798
Belanja Modal	863.475.000	356.604.196	41,30%	506.870.804
Sub Total	67.086.896.000	33.275.996.962	49,60%	33.810.899.038
Badan Layanan Umum				
Belanja Barang	518.175.268.000	154.698.747.551	29,85%	363.476.520.449
Belanja Modal	48.601.062.000	6.651.612.694	13,69%	41.949.449.306
Sub Total	565.912.855.000	160.993.756.049	28,45%	404.919.098.951
TOTAL	632.999.751.000	194.269.753.011	30,69%	438.729.997.989

4. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Dalam rangka pencapaian indikator EBITDA Margin, RSPON Mahar Marjono melakukan optimalisasi biaya per unit layanan. salah satu biaya yang dapat diefisiensi dan memiliki dampak signifikan terhadap EBITDA Margin yaitu Biaya BMHP tindakan operasi. telah dilakukan monitoring penggunaan BMHP tindakan operasi per minggu, pada Desember 2025 rata rata penggunaan BMHP adalah Rp17.868.683/kasus turun 20% menjadi Rp14.288.955/kasus di Juni 2026.

Tabel III. 28 Rincian penggunaan BMHP tindakan Operasi

NO	BULAN	JUMLAH BMHP	JUMLAH TOTAL TINDAKAN	RATA-RATA BMHP PER PASIEN
1	Des-25	Rp5.936.446.143	341	Rp22.210.615
2	JANUARI	Rp4.789.489.175	361	Rp13.456.081
3	FEBRUARI	Rp4.721.722.177	337	Rp14.060.535
4	MARET	Rp4.335.569.869	309	Rp14.365.977
5	APRIL	Rp4.419.097.365	341	Rp12.685.728
6	MEI	Rp4.479.465.066	328	Rp11.434.851,30
7	JUNI	Rp4.373.842.668	321	Rp14.288.955

BAB IV

PENUTUP

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan media untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Pimpinan RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono kepada Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan kementerian Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung selama semester 1 tahun 2026.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa kinerja pelaksanaan kegiatan dalam mendukung program-program Rumah Sakit sebagaimana telah ditetapkan 12 sasaran strategis dan 18 Indikator yang terdiri atas 10 sasaran strategis dengan 12 Indikator Kinerja Utama (IKU) yang berasal dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSPON 2025-2029 dan 2 sasaran strategis dengan 6 Indikator Kinerja yang berasal dari indikator direktif Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan, sebagaimana tertuang pada Perjanjian Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI tahun 2026. Hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian 18 Indikator pada Semester 1 tahun 2026, diperoleh tingkat pencapaian sebesar 50 % yang terdiri dari 9 indikator yang sudah tercapai, dan 9 indikator yang belum tercapai.

Sedangkan hasil pelaksanaan pengukuran pencapaian atas 16 Indikator Kinerja Tahunan (IKT) yang merupakan Kontrak Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan RI yang bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan pada capaian bulan Juni tahun 2026 telah tercapai 81,25% terdiri dari 13 indikator yang telah tercapai dengan 3 Indikator yang belum tercapai.

SARAN

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

1. Meningkatkan kualitas pelayanan stroke dan layanan unggulan *neuroscience*.
2. Mengoptimalkan pencapaian indikator kinerja utama (IKU) dan indikator BLU.
3. Mempercepat transformasi digital melalui dashboard kinerja dan integrasi data.
4. Meningkatkan efisiensi pengelolaan anggaran dan pendapatan rumah sakit.
5. Memperkuat kompetensi SDM serta budaya inovasi.
6. Mengembangkan penelitian dan kolaborasi strategis.
7. Memastikan tindak lanjut hasil audit, evaluasi, dan rekomendasi pengawasan.
8. Meningkatkan penerapan manajemen risiko dan tata kelola organisasi.

Pencapaian target indikator kinerja pada semester 1 tahun 2026 diharapkan dapat menjadi parameter bagi kegiatan-kegiatan dimasa mendatang yang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien untuk mencapai target kinerja tahun 2026. Selain itu untuk hal-hal yang dijadikan faktor penghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan profesionalisme dilingkungan RSPON Prof Dr dr Mahar Mardjono.