

# LKJIP 2025



## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan Karunianya, kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2025. LKjIP Perangkat Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2025 merupakan bentuk komitmen nyata Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dalam mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagai mana diamanatkan dalam PP Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah yang diatur kemudian dalam Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan secara teknis diatur dalam Peraturan Menteri PAN dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah .

LKjIP adalah wujud pertanggungjawaban pejabat publik kepada masyarakat tentang kinerja lembaga pemerintah selama satu tahun anggaran. Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung telah diukur, dievaluasi, dianalisis dan dijabarkan dalam bentuk LKjIP Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung

Tujuan penyusunan LKjIP ini adalah untuk menggambarkan penerapan Rencana Strategis (Renstra) dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi organisasi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung serta keberhasilan capaian sasaran saat ini untuk percepatan dalam meningkatkan kualitas capaian kinerja yang diharapkan pada tahun yang akan datang. Melalui penyusunan LKjIP juga dapat memberikan gambaran penerapan prinsip-prinsip *good governance*, yaitu dalam rangka terwujudnya transparansi dan akuntabilitas di lingkungan pemerintah .

Demikian LKjIP ini kami susun semoga dapat digunakan sebagai bahan bagi pihak-pihak yang berkepentingan khususnya untuk peningkatan kinerja di masa mendatang.

Temanggung, 25 Februari 2026

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG



**dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes.**

Pembina Tingkat I

NIP. 19760401 200312 2 010

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
DAFTAR TABEL .....	iii
DAFTAR GAMBAR .....	iv
BAB I PENDAHULUAN .....	5
A. GAMBARAN UMUM PERANGKAT DAERAH .....	5
1. Latar Belakang .....	5
2. Tugas Pokok dan Fungsi .....	5
3. Susunan Organisasi .....	6
4. Isu Strategis .....	7
B. DASAR HUKUM, TUJUAN, DAN MANFAAT LKJIP .....	7
1. Dasar Hukum .....	7
2. Tujuan LKjIP .....	8
3. Manfaat LKjIP .....	8
C. SISTEMATIKA LKJIP .....	9
BAB II PERENCANAAN KINERJA .....	10
A. VISI MISI ORGANISASI .....	10
B. TUJUAN SASARAN PROGRAM DAN KEGIATAN .....	10
D. ANGGARAN TAHUN 2025 PER PROGRAM .....	15
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....	16
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI .....	16
1. Capaian Indikator Kinerja Utama .....	16
2. Pengukuran, Evaluasi Dan Analisis Capaian Sasaran Strategis Dan Sasaran Program .....	17
B. REALISASI ANGGARAN .....	60
C. PRESTASI DAN PENGHARGAAN .....	64
BAB IV PENUTUP .....	67
A. TINJAUAN UMUM CAPAIAN KINERJA .....	67
B. STRATEGI PENINGKATAN KINERJA DI MASA DATANG .....	67

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Cascading RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025 .....	10
Tabel 2. 3 Rencana Anggaran per sasaran Program Tahun 2025 .....	15
Tabel 2. 1 Cascading RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025 .....	10
Tabel 2. 3 Rencana Anggaran per sasaran Program Tahun 2025 .....	15
Tabel 3. 1 Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Temanggung tahun 2025 .....	16
Tabel 3. 2 Capaian Kinerja Sasaran .....	17
Tabel 3. 3 Detail Nilai SKM Per Unsur .....	18
Tabel 3. 4 Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat ...	22
Tabel 3. 5 Capaian pengadaan Alat Kesehatan .....	23
Tabel 3. 6 Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota .....	25
Tabel 3. 7 Nilai Akreditasi Rumah Sakit.....	28
Tabel 3. 8 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan .....	45
Tabel 3. 9 Evaluasi Kinerja dari Prespektif Proses Layanan Internal.....	45
Tabel 3. 10 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pelanggan .....	46
Tabel 3. 11 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Keuangan .....	46
Tabel 3. 12 Rekapitulasi Nilai .....	47
Tabel 3. 13 Kecukupan SDM.....	49
Tabel 3. 14 SDM yang mengikuti pelatihan .....	52
Tabel 3. 15 Jumlah modul SIMRS .....	54
Tabel 3. 16 Indikator kinerja keuangan.....	59
Tabel 3. 17 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2023-2025.....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD Kabupaten Temanggung .....	7
Gambar 3. 1 Tren tingkat kepuasan penerima layanan .....	18
Gambar 3. 2 Survey IKM di RSUD Temanggung .....	20
Gambar 3. 3 Ventilator Transport .....	24
Gambar 3. 4 Survey Akreditasi Rumah Sakit .....	28
Gambar 3. 5 Rapat Indikator Mutu Pelayanan .....	33
Gambar 3. 6 Billing System Rekam Medik .....	36
Gambar 3. 7 Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) RSUD Temanggung .....	38
Gambar 3. 8 Praktik Kepatuhan Kebersihan Tangan .....	40
Gambar 3. 9 Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri.....	41
Gambar 3. 10 Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan .....	52
Gambar 3. 11 Praktik Pelatihan RSUD Temanggung.....	53
Gambar 3. 12 Modul SIMRS (Bridging Satu Sehat) .....	58
Gambar 3. 13 Sertifikat Dokter Spesialis Keliling .....	64
Gambar 3. 14 Sertifikat Anugerah BAPETEN 2025.....	64
Gambar 3. 15 Sertifikat Admin PPID Responsif Tahun 2025 .....	65
Gambar 3. 16 Sertifikat Survei Indeks Kapabilitas Rehabilitasi (IKR).....	65
Gambar 3. 17 Penghargaan Keterbukaan Informasi Publik .....	66

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **A. GAMBARAN UMUM PERANGKAT DAERAH**

### **1. Latar Belakang**

Menindaklanjuti Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pelaksanaan pemerintah yang berdayaguna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, telah diterbitkan.

Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui alat pertanggung jawaban secara periodik. Untuk mencapai Akuntabilitas Instansi Pemerintah yang baik, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Temanggung selaku unsur pembantu pimpinan, dituntut selalu melakukan pembenahan kinerja. Pembenahan kinerja diharapkan mampu meningkatkan peran serta fungsi Rumah Sakit Umum Daerah sebagai sub sistem dari sistem Pemerintahan Daerah yang berupaya memenuhi aspirasi masyarakat.

Dalam pelaksanaan perencanaan pembangunan daerah Kabupaten Temanggung, capaian tujuan dan sasaran pembangunan yang dilakukan tidak hanya mempertimbangkan visi dan misi daerah, tetapi mensinergikan dengan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai pada lingkup pemerintahan Kabupaten, Propinsi dan Nasional. Sehubungan dengan hal tersebut RSUD Kabupaten Temanggung diwajibkan untuk menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP). Penyusunan LKjIP Tahun 2025 yang dimaksudkan sebagai perwujudan akuntabilitas penyelenggaraan kegiatan yang dicerminkan dari pencapaian kinerja, visi, misi, realisasi pencapaian indikator kinerja utama dan sasaran dengan target yang telah ditetapkan.

### **2. Tugas Pokok dan Fungsi**

Berdasarkan Peraturan Bupati No. 57 Tahun 2020 tentang Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Type B, RSUD Kabupaten Temanggung mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam menjalankan tugas tersebut, RSUD Kabupaten Temanggung menyelenggarakan fungsi:

- a. perencanaan pelayanan medis, keperawatan, pelayanan penunjang, sarana dan prasarana rumah sakit, pendidikan dan pelatihan, promosi, administrasi kepegawaian serta keuangan;

- b. penyelenggaraan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna;
- c. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, melalui pelayanan kesehatan medis, keperawatan, pelayanan penunjang Medis dan non Medis serta sistem rujukan;
- d. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan;
- e. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan; dan
- f. pelaksanaan administrasi rumah sakit.

### **3. Susunan Organisasi**

Susunan organisasi RSUD Kabupaten Temanggung, terdiri dari:

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Pelayanan, membawahi:
  - 1. Bidang Pelayanan Medis
    - Seksi Pelayanan Medis
    - Seksi Pelayanan Penunjang
  - 2. Bidang Keperawatan
    - Seksi Keperawatan Rawat Inap
    - Seksi Keperawatan Rawat Jalan
  - 3. Bidang Penunjang Medis dan Non Medis
    - Seksi Penunjang Medis
    - Seksi Penunjang Non Medis
- c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, membawahi:
  - 1. Bagian Umum dan Perlengkapan
    - Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
    - Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan
  - 2. Bagian Perencanaan, Pendidikan dan Pelatihan
    - Sub Bagian Perencanaan Program, Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
    - Sub Bagian Pendidikan dan Pelatihan
  - 3. Bagian Keuangan
    - Sub Bagian Perbendaharaan dan Verifikasi
    - Sub Bagian Akuntansi
- d. Kelompok Jabatan Fungsional
- e. Komite
- f. Satuan Pemeriksaan Internal



- e. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2001 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah;
- f. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2001 tentang Tata Cara Pertanggungjawaban Kepala Daerah;
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
- h. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- i. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- j. Keputusan Kepala Lembaga Administrasi Negara (LAN) RI Nomor : 239/IX/6/8/2003 tanggal 25 Maret 2003 tentang Perbaikan Pedoman Penyusunan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- k. Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 2 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Temanggung Tahun 2018-2023

## **2. Tujuan LKjIP**

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Kabupaten Temanggung disusun dengan tujuan untuk mempertanggungjawabkan kinerja dalam mencapai tujuan/sasaran strategis sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Pemerintah Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan, serta sebagai penerima mandat kewenangan pengelolaan sumberdaya dan kebijakan yang dipercayakan oleh masyarakat kepada Pemerintah Daerah secara periodik, sehingga dapat terwujud suatu pemerintahan yang baik (*Good Governance*).

## **3. Manfaat LKjIP**

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

- a. Sebagai bahan evaluasi kinerja bagi pihak yang membutuhkan;
- b. Mendorong instansi Pemerintah dalam proses penyempurnaan dokumen perencanaan periode yang akan datang;
- c. Sebagai acuan penyempurnaan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang;
- d. Laporan Akuntabilitas Keuangan Juga dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan penyempurnaan berbagai kebijakan yang diperlukan.

### **C. SISTEMATIKA LKJIP**

Penyusunan Laporan Kinerja ini menggunakan sistematika sebagai berikut:

- **BAB I PENDAHULUAN**

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, kondisi personil, sarana prasarana pendukung dan permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

- **BAB II PERENCANAAN KINERJA**

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

- **BAB III AKUNTABILITAS KINERJA**

Pada bab ini disajikan capaian kinerja untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis sesuai dengan hasil pengukuran kinerja. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja. Selain itu juga diuraikan realisasi anggaran yang telah digunakan sesuai kinerja organisasi dokumen Perjanjian Kinerja.

- **BAB IV PENUTUP**

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

## BAB II PERENCANAAN KINERJA

### A. VISI MISI ORGANISASI

Visi RSUD Kabupaten Temanggung adalah :

“Terwujudnya Rumah Sakit Yang Terpercaya Sebagai Pusat Layanan dan Pendidikan Kesehatan”

Rumah sakit yang terpercaya sebagai pusat layanan kesehatan berarti, RSUD Temanggung sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terpercaya oleh masyarakat temanggung pada khususnya dalam memberikan pelayanan kesehatan yang unggul, bermutu dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Sebagai pusat pendidikan kesehatan berarti, RSUD Kabupaten Temanggung sebagai wahana pendidikan menyelenggarakan pendidikan bermartabat yang bersinergi dengan pelayanan dan pengabdian masyarakat.

Misi RSUD Kabupaten Temanggung adalah :

- Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan
- Meningkatkan Profesionalisme Sumber Daya Manusia
- Meningkatkan Mutu dan Kerjasama Pendidikan dan Penelitian Kesehatan
- Meningkatkan Pengelolaan Keuangan yang Efektif, Efisien, Transparan dan Akuntabel

### B. TUJUAN SASARAN PROGRAM DAN KEGIATAN

Tujuan Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Temanggung tahun 2025-2029 adalah Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat , sedangkan sasaran untuk RSUD Kabupaten Temanggung berdasarkan Renstra 2025-2029 adalah Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau. Tabel Cascading RSUD Kabupaten Temanggung berdasarkan Renstra tahun 2025-2029 adalah seperti tabel berikut ini:

Tabel 2. 1 Cascading RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025

Tujuan	Sasaran	Indikator Sasaran	Program/Kegiatan/Sub Kegiatan
Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat	Tercapainya Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Sesuai Siklus Hidup Dan Layanan Kesehatan Yang Berkualitas Baik, Adil, Dan Terjangkau	Indeks Kepuasan Masyarakat Di RSUD	<b>Program</b> : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat <b>Kegiatan:</b> Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Untuk UKM Dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota <b>Sub Kegiatan</b> : Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik

Tujuan	Sasaran	Indikator Sasaran	Program/Kegiatan/Sub Kegiatan
			Fasilitas Pelayanan Kesehatan
		Net Death Rate	<b>Program</b> : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota <b>Kegiatan</b> : Peningkatan Pelayanan BLUD <b>Sub Kegiatan</b> : Pelayanan Dan Penunjang Pelayanan BLUD

### C. INDIKATOR KINERJA UTAMA PERANGKAT DAERAH DENGAN TARGETNYA

Tabel 2.2 Indikator Kinerja Utama Perangkat Daerah Dengan Targetnya

No	Tujuan/Sasaran	Indikator Kinerja	Formulasi (rumus/perhitungan)	Satuan Target	Target 2025
<b>A</b>	<b>Sasaran</b>				
1	Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau	1. Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD	Nilai IKM diambil rata-rata hasil SKM Bagian. Dengan rumus $SKM = (\text{total nilai per unsur} / \text{total unsur yang terisi}) \times \text{nilai penimbang}$ . Hasilnya dikonversi dengan rumus $IKM = SKM \times 25$	Nilai	87,8
		2. Net Death Rate	$NDR = (\text{Jumlah pasien mati} > 48 \text{ jam} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}) \times 1000 \text{ permil}$	‰	20,3
<b>B</b>	<b>Program</b>				
	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	1. Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	Pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana rumah sakit tahun-n dibagi target pemenuhan fasilitas sarana dan prasarana yang direncanakan dikali 100 %	%	100
		2. Persentase Capaian Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun-n dibagi Perencanaan pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun -n dikali 100 %	%	100
	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	1. Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Jumlah standar yang mendapatkan nilai diatas 80 dibagi Jumlah bab dikali 100%	Nilai	91,2 (Paripurna)

No	Tujuan/Sasaran	Indikator Kinerja	Formulasi (rumus/perhitungan)	Satuan Target	Target 2025
		2. Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target	Jumlah indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target dibagi Jumlah seluruh indikator mutu pelayanan medis dikali 100%	%	80
		3. Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target	Jumlah indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target dibagi Jumlah seluruh indikator mutu penunjang medis dan non medis dikali 100%	%	80
		4. Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target	Jumlah indikator mutu keperawatan yang mencapai target dibagi Jumlah seluruh indikator mutu keperawatan dikali 100%	%	82
		5. Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD	Total nilai menjadi dasar untuk mengklarifikasi capaian :	Nilai	93,5 (Peringkat AA)
			Skor $\geq 90$ dikategorikan AA		
			$80 \leq \text{skor} < 90$ dikategorikan A		
			$70 \leq \text{skor} < 80$ dikategorikan BB		
			$60 \leq \text{skor} < 70$ dikategorika B		
		6. Persentase kecukupan SDMK sesuai standar	Jenis dan jumlah SDM yang ada sesuai ketentuan UU Nomor 17 th 2023/ jenis dan jumlah SDM sesuai ketentuan UU 17 Th 2023 yang memenuhi ABK	%	75
		7. Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar	Jenis dan jumlah sarana medis yang disediakan RS/Jenis dan Jumlah sarana medis sesuai standar yang ditetapkan oleh Permenkes 40 th 2022	%	80

No	Tujuan/Sasaran	Indikator Kinerja	Formulasi (rumus/perhitungan)	Satuan Target	Target 2025
		8. Persentase SDMK yang mendapatkan pelatihan	Jumlah SDMK yang mengikuti pelatihan dibagi Jumlah perencanaan pelatihan tahun-n dikali 100%	%	75
		9. Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional	Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional dibagi seluruh modul yang harus terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional dikali 100%	%	70
		10. Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target	Jumlah indikator kinerja keuangan yang mencapai target dibagi Jumlah seluruh indikator kinerja keuangan dikali 100%	%	80

## D. ANGGARAN TAHUN 2025 PER PROGRAM

Tabel 2. 2 Rencana Anggaran per sasaran Program Tahun 2025

Program dan Kegiatan	Indikator Program (Outcome) dan Kegiatan (Output)	Target Kinerja Program dan Kerangka Pendanaan 2025			
		DPA Penetapan		DPA Perubahan	
		Target	Rp.	Target	Rp.
1	2	3	4	5	6
<b>Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota</b>			<b>145.000.000.000</b>		<b>168.227.824.264</b>
<b>Peningkatan Pelayanan BLUD</b>		1 Unit Kerja	<b>145.000.000.000</b>	1 Unit Kerja	<b>168.227.824.264</b>
Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	1 Unit Kerja	145.000.000.000	1 Unit Kerja	168.227.824.264
<b>Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat</b>			<b>21.296.800.000</b>		<b>21.296.800.000</b>
<b>Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota</b>		1 Unit	<b>21.296.800.000</b>	1 Unit	<b>21.296.800.000</b>
Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan / Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	1 Unit	21.296.800.000	1 Unit	21.296.800.000

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

#### 1. Capaian Indikator Kinerja Utama

Indikator Kinerja Utama RSUD Kabupaten Temanggung ditetapkan melalui Keputusan Bupati Temanggung Nomor 050/145 Tahun 2025 tentang Penetapan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2025-2029 dengan capaian sebagai berikut :

Tabel 3. 1 Capaian Indikator Kinerja Utama RSUD Temanggung tahun 2025

Tujuan : Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat						
Sasaran : Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau						
No	Indikator	Satuan	Capaian	Tahun 2025		
			Tahun 2024	Target	Realisasi	Capaian Kinerja (%)
1	2	3	4	5	6	7=6/5*100
1	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD	Nilai	87,6	87,8	87,97	100%
2	Net Death Rate	‰	20,3	20,3	23,28	100%
Program : Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat						
3	Persentase Capaian Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan	%	100	100	100	100%
Program : Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota						
4	Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Nilai	91,2 (Paripurna)	91,2	91,26	100
5	Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target	%	n.a.	80	60	75
6	Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target	%	n.a.	80	75	93,75
7	Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target	%	n.a.	82	100	100
8	Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD	%	93	93,5	93,78	100
9	Persentase kecukupan SDMK sesuai standar	%	n.a.	75	84,98	100
10	Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar	%	n.a.	80	84,22	100
11	Persentase SDMK yang mendapatkan pelatihan	%	n.a.	75	65,92	89,23
12	Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional	%	n.a.	70	83,33	100
13	Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target	%	n.a.	80	100	100

## 2. Pengukuran, Evaluasi Dan Analisis Capaian Sasaran Strategis Dan Sasaran Program

### a. Capaian Kinerja Sasaran

Capaian Kinerja sasaran Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau RSUD Tahun 2025 dengan dua indikator yaitu Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD dan Net Death Rate sebagaimana tabel 3.... sebagai berikut:

Tabel 3. 2 Capaian Kinerja Sasaran

<b>Sasaran: Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau</b>									
No	Indikator sasaran	Satuan	Capaian Kinerja Tahun 2024 (%)	Tahun 2025			Renstra 2025-2029		
				Target	Realisasi	Capaian Kinerja (%)	Target Th 2029	Realisasi Th 2025	Capaian Kinerja s/d 2025
1	2	3	4	5	6	7=6/5*100	8	9	10=9/8*100
1	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD	Nilai	87,6	87,8	87,97	100%	88,6	87,97	99,29%
2	Net Death Rate	‰	20,3	20,3	23.28	100%	19,8	23.28	85,05%
<b>Capaian Kinerja Sasaran</b>									

#### 1) Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD

$$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM} \times \text{Bobot}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times 0,5$$

Dalam melakukan survei kepuasan masyarakat, RSUD Kabupaten Temanggung mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat Terhadap Penyelenggaraan Pelayanan Publik Tahun 2025, survei kepuasan masyarakat dilakukan menggunakan laman [bit.ly/KEPUASANPASIENRSUD](http://bit.ly/KEPUASANPASIENRSUD). Berdasarkan hasil survei Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tahun 2025, RSUD Temanggung berhasil memperoleh nilai sebesar 87,97 dengan predikat BAIK. Berdasarkan capaian IKM Kabupaten sebesar 87,66, maka capaian IKM RSUD Kabupaten Temanggung masih diatas capaian IKM Kabupaten, sedangkan capaian IKM RSUD Kabupaten Temanggung masih berada dibawah capaian IKM Provinsi sebesar 88,5. Mengingat target yang ditetapkan pada tahun tersebut adalah sebesar 87,8, maka realisasi kinerja IKM mencapai 100%. Capaian ini menunjukkan konsistensi mutu pelayanan RSUD Temanggung yang telah memenuhi ambang batas kualitas yang direncanakan. Tren tingkat kepuasan penerima layanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dapat dilihat melalui grafik berikut :



Gambar 3. 1 Tren tingkat kepuasan penerima layanan

Berdasarkan tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa terjadi konsistensi peningkatan kinerja penyelenggaraan pelayanan publik dari tahun 2018 hingga 2025 pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung. Detail nilai SKM per unsur layanan adalah sebagai berikut :

Tabel 3. 3 Detail Nilai SKM Per Unsur

	Nilai Unsur Pelayanan								
	Persyaratan	Prosedur	Waktu Pelayanan	Tarif	Produk Layanan	Kompetensi	Perilaku	Maklumat pelayanan	Penanganan Pengaduan
IKM per unsur	3,48	3,45	3,33	3,89	3,43	3,65	3,3	3,31	3,87
Kategori	B	B	B	A	B	A	B	B	A
IKM Unit Layanan	87,97 (BAIK)								

Keterangan :

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

Untuk mempertahankan capaian 100% dan meningkatkan kualitas pelayanan RSUD Temanggung dari predikat BAIK menuju SANGAT BAIK, diperlukan langkah strategis sebagai berikut:

I. Digitalisasi dan Integrasi Layanan

Berfokus pada pengurangan waktu tunggu yang biasanya menjadi poin krusial dalam survei kepuasan.

- Optimalisasi Pendaftaran Online: Memastikan aplikasi pendaftaran mandiri (Mobile JKN atau aplikasi internal) berjalan stabil dan terintegrasi dengan sistem antrean di poliklinik.
- Anjungan Mandiri (APM): Penambahan mesin cetak nomor antrean dan check-in mandiri untuk mengurangi penumpukan di loket pendaftaran.
- E-Resep & Antrean Farmasi: Mempercepat proses penyiapan obat melalui digitalisasi resep dari dokter langsung ke bagian farmasi.

II. Penguatan Budaya Pelayanan (Service Excellence)

Menitikberatkan pada interaksi personal antara petugas dan pasien.

- Pelatihan Komunikasi Efektif: Mengadakan workshop berkala bagi tenaga medis dan non-medis mengenai cara menangani pasien dengan empati dan keramahan (penerapan budaya 5S: Senyum, Salam, Sapa, Sopan, Santun).
- Standardisasi Respon Petugas: Membuat SOP komunikasi yang seragam dalam menyambut pasien, menjelaskan prosedur, hingga penanganan komplain di tempat.

III. Optimalisasi Sarana dan Prasarana Penunjang

Meningkatkan kenyamanan fisik pasien selama berada di lingkungan rumah sakit.

- Fasilitas Ruang Tunggu: Penataan ulang ruang tunggu agar lebih nyaman, bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik, dan tersedia fasilitas charging station atau Wi-Fi publik.
- Peningkatan Kebersihan Fasilitas Umum: Memperketat jadwal pembersihan toilet, mushola, dan area parkir secara berkala (monitoring harian).
- Penyediaan Jalur Prioritas: Memastikan akses bagi lansia, penyandang disabilitas, dan ibu hamil tersedia dengan jelas dan mudah diakses.

#### IV. Manajemen Keluhan dan Umpan Balik Real-Time

Jangan menunggu survei tahunan untuk mengetahui ketidakpuasan pasien.

- Sistem Komplain Digital: Menyediakan QR Code di setiap unit layanan agar pasien bisa langsung memberikan masukan saat itu juga.
- Respon Cepat (Quick Response): Membentuk tim unit pengaduan yang wajib merespon keluhan maksimal dalam 1x24 jam untuk mencegah isu berkembang di media sosial.
- Analisis Data Berkala: Melakukan self-survey atau pra-survei setiap triwulan untuk mendeteksi unit mana yang nilainya masih rendah sebelum survei resmi IKM dilaksanakan.



Gambar 3. 2 Survey IKM di RSUD Temanggung

## 2) Capaian Net Death Rate

NDR digunakan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan rumah sakit. Kematian dalam 48 jam pertama perawatan sering dianggap tidak dapat dihindari, sedangkan kematian setelah 48 jam lebih dapat dikaitkan dengan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.

$$\text{NDR} = (\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}) \times 1000 \text{ permil}$$

Target : 20,30 ‰

Realisasi : 23,28 ‰

Capaian : 88,26 %

Hasil : Belum tercapai

Realisasi NDR tahun 2025 sebesar 23,28 ‰ lebih tinggi dari target yang ditetapkan sebesar 20,30 ‰ dan lebih tinggi dari capaian NDR tahun 2024 sebesar 20,30 ‰, namun demikian angka NDR masih memenuhi standar nasional yaitu  $\leq 25$  ‰. Beberapa faktor penyebab tingginya angka NDR adalah sebagai berikut :

1. Belum optimalnya standarisasi asuhan medis untuk kasus-kasus berisiko tinggi atau kondisi komorbiditas yang kompleks.
2. Pelaksanaan atau monitoring EWS yang belum konsisten, sehingga perburukan kondisi pasien terlambat dideteksi sebelum terjadi gagal organ atau henti jantung.
3. Keterlambatan *visite* dokter spesialis atau koordinasi antar-profesi yang kurang cepat dalam menangani kasus kritis (*interprofessional collaboration*).
4. Adanya risiko komplikasi seperti *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP) atau infeksi aliran darah yang memperburuk kondisi pasien selama perawatan jangka panjang.

Langkah strategis untuk meningkatkan capaian NDR adalah sebagai berikut :

1. Audit Kematian (*Mortality Review*): Melakukan audit medis secara rutin terhadap setiap kasus kematian  $\geq 48$  jam untuk mengidentifikasi apakah kematian tersebut bisa dicegah (*preventable death*) dan mengevaluasi kelemahan dalam prosedur.
2. Penguatan EWS dan Code Blue: Meningkatkan pelatihan staf klinis dalam penggunaan instrumen EWS dan memastikan tim respon cepat (seperti Tim Code Blue) dapat bertindak lebih dini sebelum kondisi pasien kritis.
3. Optimalisasi Layanan Intensif: Mengevaluasi kebutuhan penambahan alat kesehatan atau rasio perawat-pasien di ruang

ICU/high care untuk menjamin monitoring pasien dilakukan secara ketat 24 jam.

4. Penerapan Kendali Mutu dan Biaya: Memastikan penggunaan obat-obatan esensial dan *life-saving* tersedia tepat waktu dan sesuai dengan formularium rumah sakit.
5. Peningkatan Kompetensi Staf: Memberikan pelatihan berkelanjutan mengenai manajemen pasien kritis, seperti ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*) dan perawatan intensif bagi perawat maupun dokter.

**b. Capaian Kinerja Program**

Capaian Kinerja per Program pada RSUD tahun 2025 sebagaimana sebagai berikut:

- 1) Capaian Kinerja Program 1 : Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat, dapat dijelaskan sebagaimana tabel berikut:

Tabel 3. 4 Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat

Program 1: Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat									
Sasaran Program 1: Meningkatnya Fasilitas Pelayanan di RSUD									
No	Indikator Program	Satuan	Capaian Kinerja Tahun 2024 (%)	Tahun 2025			Renstra 2025-2029		
				Target	Realisasi	Capaian Kinerja (%)	Target Th 2029	Realisasi Th 2025	Capaian Kinerja s/d 2025
1	2	3	4	5	6	$7=6/5*100$	8	9	$10=9/8*100$
1	Persentase Capaian Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan	%	100	100	100	100%	100%	100%	100%
<b>Capaian Kinerja Program</b>						100			

Persentase Capaian Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan. Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan perencanaan kebutuhan layanan kesehatan

Rumus :

$$\frac{\text{Pengadaan Alat Kesehatan Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun - n}}{\text{Perencanaan pengadaan Alat Kesehatan Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun - n}}$$

Pada tahun 2025 RSUD temanggung mendapatkan dana DAK sejumlah Rp.21.296.800.000, Capaian pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik

Fasilitas Layanan Kesehatan tahun 2025 yang bersumber dana dari DAK adalah sebesar 100 % dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 3. 5 Capaian pengadaan Alat Kesehatan

No	Uraian	Jumlah	Satuan
	<b>Belanja Modal Alat Kedokteran</b>		
<b>1</b>	<b>Alkes Ruang Pelayanan Insentif</b>		
	- Ventilator	6	unit
	- AC-Powered Adjustable Hospital Bed	10	unit
	- Syringe pump	4	unit
	- Video Laryngoscope	2	unit
	- Neonatal phototherapy unit	3	unit
<b>2</b>	<b>Alkes Ruang Operasi</b>		
	- Single/multiple component metallic bone fixation appliances and accessories (Pelvic Instrument Set)	1	unit
	- Manual gastroenterology-urology surgical instrument and accessories (Laparotomy Set)	1	unit
	- Laser surgical instrument for use in general and plastic surgery and in dermatology (Laser Holmium)	1	unit
	- Wheeled Stretcher	4	unit
	- Nonpowered Neurosurgical Instrument (Laminectomy Set)	1	unit
	- Video Laryngoscope	1	unit
<b>c</b>	<b>Alkes Instalasi Gawat Darurat</b>		
	- Ventilator Transport	2	unit
	- Infant Radiant Warmer	1	unit
	- Wheeled Stretcher	6	unit
	- Electrocardiograph	1	unit
<b>d</b>	<b>Alkes Rawat Inap</b>		
	- Bed-side Monitor	3	unit
	- Infusion pump	18	unit
	- Syringe pump	16	unit
	- Electrocardiograph	1	unit
<b>e</b>	<b>Alkes Rawat Jalan</b>		
	- Electrocardiograph	2	unit
<b>f</b>	<b>Alkes Laboratorium</b>		
	- Platelet Agitator	1	unit
	- Mikroskop	1	unit
<b>g</b>	<b>Alkes Radiologi</b>		
	- Extraoral Source X-Ray System (Dental Panoramic)	1	unit
	- Ultrasonic pulsed doppler imaging system	1	unit
		88	Unit

Faktor Pendorong tercapainya indikator persentase capaian pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan adalah :

### 1. Optimalisasi Penyerapan Dana DAK

- Realisasi Anggaran 100%: Keberhasilan menyerap dana DAK sebesar Rp21.296.800.000 secara penuh menunjukkan perencanaan anggaran yang matang dan eksekusi yang tepat waktu di RSUD Temanggung.
- Ketepatan Pengadaan: Capaian pengadaan Alat Kesehatan (Alkes) dan Alat Penunjang Medik sebesar 100% memastikan ketersediaan sarana prasarana vital untuk mendukung layanan medis.

### 2. Peningkatan Kapasitas Diagnostik dan Terapi

- Modernisasi Peralatan: Ketersediaan alkes baru dari dana DAK tahun 2025 menjadi faktor pendorong utama dalam meningkatkan akurasi diagnosis dan efektivitas terapi bagi pasien kritis.
- Dukungan Pelayanan Penunjang: Pengadaan alat penunjang medik yang tuntas mendukung kecepatan respon tim medis dalam menangani pasien di atas 48 jam perawatan.

### 3. Komitmen Manajemen RSUD Temanggung

- Koordinasi Strategis: Sinergi yang kuat antara bagian perencanaan dan operasional dalam memastikan seluruh alokasi DAK terdistribusi sesuai kebutuhan prioritas rumah sakit.
- Fokus pada Mutu: Meskipun NDR berada di angka 23,28 ‰ (sedikit di atas target), adanya komitmen untuk terus memantau indikator ini menunjukkan transparansi dalam pelaporan mutu rumah sakit.



Gambar 3. 3 Ventilator Transport

2) Capaian Kinerja Program 2: Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, sebagaimana tabel berikut:

Tabel 3. 6 Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

Program 2: Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota									
Sasaran Program 2: Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD									
No	Indikator Program	Satuan	Capaian Kinerja Tahun 2024 (%)	Tahun 2025			Renstra 2025-2029		
				Target	Realisasi	Capaian Kinerja (%)	Target Th 2029	Realisasi Th 2025	Capaian Kinerja s/d 2025
1	2	3	4	5	6	$7=6/5*100$	8	9	$10=9/8*100$
1	Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Nilai	91,2 (Paripurna)	91,2	91,26	100	92,5	91,26	98,66%
2	Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target	%	n.a.	80	60	75	84	60	71,43%
3	Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target	%	n.a.	80	75	93,75	84	75	89,29%
4	Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target	%	n.a.	82	100	100	84	100	100,00%
5	Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD	%	93	93,5	93,78	100	95	93,78	98,72%
6	Persentase kecukupan SDMK sesuai standar	%	n.a.	75	84,98	100	83	84,98	100,00%
7	Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar	%	n.a.	80	84,22	100	85	84,22	99,08%
8	Persentase SDMK yang mendapatkan pelatihan	%	n.a.	75	65,92	89,23	83	65,92	79,42%
9	Persentase SIMRS yang telah	%	n.a.	70	83,33	100	80	83,33	100,00%

Program 2: Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota									
Sasaran Program 2: Meningkatkan kualitas pelayanan di RSUD									
No	Indikator Program	Satuan	Capaian Kinerja Tahun 2024 (%)	Tahun 2025			Renstra 2025-2029		
				Target	Realisasi	Capaian Kinerja (%)	Target Th 2029	Realisasi Th 2025	Capaian Kinerja s/d 2025
1	2	3	4	5	6	$7=6/5*100$	8	9	$10=9/8*100$
	terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional								
10	Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target	%	n.a.	80	100	100	87	100	100,00%
<b>Capaian Kinerja Program</b>									

#### a) Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi Rumah Sakit wajib dilakukan secara berkala setiap 4 (empat) tahun sekali. Aturan ini ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (Permenkes No 12 Tahun 2020) untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara konsisten, yang dilakukan oleh lembaga independen. Nilai Akreditasi Rumah Sakit adalah capaian kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi rumah sakit meliputi sasaran keselamatan pasien, standar pelayanan berfokus pasien, standar manajemen rumah sakit, program nasional dan integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit. Terdapat 16 Standar Akreditasi Rumah Sakit antara lain :

1. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) (Standar 80%)
2. Manajemen Fasilitas dan Keamanan (MFK) (Standar 80%)
3. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) (Standar 80%)
4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) (Standar 80%)
5. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) (Standar 80%)
6. Pengkajian Pasien (PP) (Standar 80%)
7. Akses dan Kesiapan Pelayanan (AKP) (Standar 80%)
8. Program Nasional (Standar 80%), meliputi :
  - a. Penurunan Angka Kesakitan HIV/ AIDS
  - b. Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis
  - c. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Bayi
  - d. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit
  - e. Penurunan Prevalensi *Stunting* dan *Wasting*
9. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) (Standar 80%)
10. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) (Standar 80%)

11. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK) (Standar 80%)
12. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) (Standar 80%)
13. Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (MRMIK) (Standar 80%)
14. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) (Standar 80%)
15. Komunikasi dan Edukasi (KE) (Standar 80%)
16. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) (Standar 80%)

Ketika rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi oleh Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit maka rumah sakit akan menerima penghargaan status akreditasi sebagai berikut:

1. Tidak Lulus Akreditasi

Rumah sakit dinyatakan tidak lulus akreditasi apabila kurang dari 8 standar mendapat nilai minimal 80%, dan/ atau standar SKP mendapat nilai kurang dari 70%

2. Tingkat Madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila terdapat 8 sampai 11 standar mendapat nilai minimal 80%, dan standar SKP mendapat nilai minimal 70%

3. Tingkat Utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila terdapat 12 sampai 15 standar mendapat nilai minimal 80%, dan standar SKP mendapat nilai minimal 80%

4. Tingkat Paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari semua standar mendapat nilai minimal 80%

Rumus dari indikator kinerja Cakupan Nilai Akreditasi Rumah Sakit dalam hal ini adalah jumlah standar yang mendapatkan nilai diatas 80 dibagi jumlah bab dikali 100%.

RSUD Kabupaten Temanggung telah melakukan reakreditasi pada tahun 2022 dan mendapatkan peringkat Paripurna dengan nilai 91,26. Monitoring dan evaluasi hasil akreditasi dilaksanakan tahun 2024 dan pada tahun 2026 RSUD akan mengajukan reakreditasi ulang.

Tabel 3. 7 Nilai Akreditasi Rumah Sakit

INDIKATOR KINERJA DAERAH	REALISASI KINERJA			
	2022	2023	2024	2025
Jumlah Bab yang mendapatkan nilai > 80%	16	16	16	16
Jumlah Bab	16	16	16	16
<b>Nilai Akreditasi RSUD (%)</b>	<b>91,26</b>	<b>91,26</b>	<b>91,26</b>	<b>91,26</b>

Sumber data : Hasil Survei Akreditasi RSUD

Dokumentasi Survey Akreditasi Rumah Sakit



Gambar 3. 4 Survey Akreditasi Rumah Sakit

**b) Persentase indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target**

Indikator mutu pelayanan medis digunakan untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan, mencakup aspek efektivitas, keamanan, efisiensi, dan kepuasan pasien. Hal ini untuk memastikan pelayanan sesuai standar, aman, dan berpusat pada pasien.

Capaian indikator mutu pelayanan medis yang diukur dari beberapa indikator sebagai berikut :

1. Persentase capaian waktu tunggu rawat jalan

Target :  $\leq 60$  menit

Realisasi : 113.68 menit

Capaian : 52,78%

Hasil : **Belum tercapai**

Faktor penghambat :

- Komitmen jadwal layanan belum sepenuhnya dilaksanakan oleh dokter spesialis.
- Pengguna pendaftaran online yang belum 100% sehingga sebagian besar pasien rawat jalan onsite belum mendapatkan pelayanan sesuai standar waktu tunggu yang ditetapkan. Dimana pasien dengan pendaftaran onsite atau manual akan otomatis terhitung di nomer belakang setelah pasien daftar online semua terlayani terlebih dulu sesuai nomer antrian.

Rekomendasi :

- Melakukan evaluasi mendalam alur pelayanan rawat jalan, mulai dari pendaftaran hingga pasien dilayani dokter.
- Memperkuat pengaturan jadwal dokter dan kepatuhan jam praktik.
- Optimalisasi sistem antrean dan pendaftaran (manual maupun elektronik).
- Melakukan monitoring dan evaluasi rutin bulanan terhadap indikator waktu tunggu.
- Mempercepat pembuatan program penilaian waktu tunggu rawat jalan by sistem untuk pasien online.

2. Persentase kepatuhan waktu visite dokter

Target : 96 % ( 08.00 – 14.00 WIB )

Realisasi : 94,50%

Capaian : 98,43 %

Hasil : **Belum Tercapai**

#### Faktor Penghambat :

- Beberapa dokter partimer praktek diluar jam 08.00 – 14.00, sehingga visite juga melampaui ketentuan standar.
- Rasio antara jumlah dokter dengan jumlah pasien yang tidak seimbang, terutama pada bangsal kelas III yang padat.
- Penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) yang belum optimal atau perangkat keras (komputer/tablet) yang terbatas di bangsal, sehingga memperlambat mobilitas dokter.
- Lemahnya Punishment & Reward: Belum adanya sistem konsekuensi yang tegas bagi ketidakpatuhan yang berulang.

#### Rekomendasi :

- Melakukan evaluasi jadwal dokter spesialis agar tidak terjadi tumpang tindih antara jadwal visite, jadwal poli, dan jadwal operasi.
- Mendorong dokter untuk melakukan visite pada pasien dengan tingkat keparahan tinggi atau yang berencana pulang (discharge) lebih awal.
- Sistem informasi rumah sakit (SIMRS) memberikan pengingat (reminder) ke ponsel dokter 15-30 menit sebelum batas waktu visite berakhir.
- Jika dokter utama berhalangan (misal: ada operasi darurat), harus ada kejelasan mengenai siapa dokter pengganti yang bisa melakukan visite tepat waktu.
- Perawat memastikan semua dokumen, hasil laboratorium terbaru, dan kondisi pasien sudah siap sebelum jam visite dimulai, sehingga proses visite berjalan lebih cepat dan efisien.

#### 3. Persentase waktu tunggu sebelum operasi/penundaan operasi efektif

Target	: 100% ( $\leq$ 2 hari)
Realisasi	: 100% (1,05 hari)
Capaian	: 100 %
Hasil	: <b>Tercapai</b>

#### Faktor pendorong :

- Pemeriksaan Penunjang yang Komprehensif: Memastikan semua hasil laboratorium, radiologi (rontgen/CT Scan), dan konsultasi dokter spesialis lain (seperti jantung atau penyakit dalam) sudah lengkap minimal H-1.
- Kesiapan Pasien (Edukasi & Puasa): Edukasi yang jelas kepada pasien dan keluarga mengenai jam mulai puasa dan

administrasi. Ketidaksiapan fisik pasien (misalnya tekanan darah mendadak tinggi karena cemas) dapat diminimalisir dengan pre-admission counseling.

- Kejelasan Status Pembiayaan: Untuk RSUD, memastikan proses verifikasi BPJS atau jaminan kesehatan lainnya sudah tuntas sebelum jadwal operasi dimulai sangat penting guna menghindari penundaan karena kendala administrasi.
- Sistem Penjadwalan Berbasis IT (SIMRS): Penggunaan SIMRS yang terintegrasi memungkinkan tim bedah, anastesi, dan perawat bangsal melihat jadwal yang sama secara real-time.

Rekomendasi :

- 1) Perlu adanya evaluasi terhadap pelaksanaan operasi elektif.
  - 2) Lakukan verifikasi mendalam terhadap kemungkinan penyebab penundaan operasi elektif
  - 3) Koordinasi dengan Komite Medik dalam meningkatkan kepatuhan Dokter Spesialis terkait jadwal operasi
  - 4) Memaksimalkan pendaftaran operasi dengan menggunakan sistem yang sudah ada dan kepastian penjaminan administrasi pasien sebelum pendaftaran operasi
4. Persentase kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)

Target : 80 %

Realisasi : 89,25 %

Capaian : 100 %

Hasil : **Tercapai**

Faktor pendorong :

- Keterlibatan Aktif Klinisi CP harus disusun oleh Kelompok Staf Medis (KSM) terkait, bukan oleh manajemen. Jika dokter merasa "memiliki" standar tersebut, tingkat kepatuhan akan jauh lebih tinggi.
- Panduan Praktik Klinis (PPK) yang menjadi dasar CP selalu diperbarui sesuai dengan standar profesi terbaru agar dokter merasa relevan menggunakannya.
- Peran Case Manager (MPP): Manajer Pelayanan Pasien (MPP) sangat berperan dalam memantau apakah pasien berjalan sesuai jalur CP atau ada hambatan (misal: hasil lab lambat atau obat kosong).
- Audit Klinis Berkala: Komite Medik dan Komite Mutu melakukan audit secara rutin, bukan untuk mencari kesalahan, tetapi untuk mengidentifikasi Varian.

Rekomendasi :

- Integrasi ke dalam Rekam Medis Elektronik (RME) di era digitalisasi RSUD saat ini, CP yang masih berbentuk kertas manual cenderung memiliki tingkat kepatuhan rendah karena membebani administratif.
- Order Set Otomatis: Keberhasilan terjadi jika SIMRS sudah mengintegrasikan CP ke dalam sistem order. Saat dokter mendiagnosa "Apendisitis", sistem otomatis memunculkan paket pemeriksaan dan terapi sesuai CP.
- Hard Stop vs Soft Stop: Sistem yang baik akan memberikan peringatan jika dokter memberikan terapi di luar CP, namun tetap memberikan ruang untuk "Varian" dengan alasan medis yang jelas.
- Kendali Biaya JKN: Pemahaman bahwa kepatuhan CP akan mencegah over-treatment dan memastikan klaim BPJS tidak merugi (karena biaya terkendali) menjadi motivasi kuat bagi manajemen dan klinisi.

5. Persentase waktu tanggap operasi secsio cesarea emergency

Target	: 75 %
Realisasi	: 99,67 %
Capaian	: 100%
Hasil	: <b>Tercapai</b>

Faktor Pendorong :

- On-Call yang Responsif: Keberadaan dokter spesialis (Obgyn, Anestesi, dan Anak) yang siaga atau memiliki waktu respon cepat menuju RS jika tidak berada di tempat.
- Tim Kamar Operasi (OK) yang Standby: Adanya tim perawat instrumen dan penata anestesi yang memang dikhususkan untuk menangani kasus darurat, sehingga tidak perlu menunggu tim yang sedang mengerjakan operasi elektif.
- Zonasi Ruangan: Kedekatan lokasi antara Ruang Bersalin (VK), IGD PONEK, dan Kamar Operasi.
- Persentase indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target tahun 2025 adalah sebesar 60 %, sementara target minimal adalah 80%. Angka ini menunjukkan adanya gap sebesar 20% dari target yang ditetapkan. Berdasarkan analisis akar masalah, capaian tersebut dipengaruhi oleh beberapa kendala teknis dan operasional yang memerlukan intervensi

lintas unit. Langkah perbaikan strategis guna mengoptimalkan kembali performa indikator adalah sebagai berikut :

- Kepala Instalasi/Ruang melakukan pengawasan langsung setiap pagi pada jam-jam kritis indikator (misal jam visite atau jam mulai operasi).
- Instalasi SIMRS memberikan prioritas perbaikan (Fast Track) untuk Instalasi/Ruang yang mengalami kendala IT.
- Penandatanganan pakta integritas ulang terkait kepatuhan mutu oleh para staf di instalasi/ruangan.

Foto Dokumentasi Indikator Mutu Pelayanan



Gambar 3. 5 Rapat Indikator Mutu Pelayanan

**c) Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target**

Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target adalah parameter yang digunakan untuk mengukur sejauh mana unit-unit pendukung (seperti Farmasi, Laboratorium, Rekam Medis, dan Sanitasi) telah memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan.

Ada empat komponen utama yang diukur dalam indikator ini:

#### 1. Penulisan Resep Sesuai Formularium/ Kepatuhan Penggunaan

Formularium Nasional

Target : 90 %

Realisasi : 100%

Capaian : 100%

Hasil : **Tercapai**

Faktor pendorong:

Peresepan oleh DPJP baik menggunakan e resep maupun manual sudah sesuai dengan formularium nasional maupun formularium RS. Data kepatuhan penggunaan formularium nasional saat ini sudah ada dalam SIMRS.

Rekomendasi :

- Koordinasi dengan Komite Medis untuk terus meningkatkan kepatuhan DPJP dalam penggunaan obat sesuai dengan formularium nasional
- Memastikan ketersediaan obat sesuai dengan formularium nasional
- Memastikan distribusi buku formularium nasional ke setiap unit yang bersangkutan, dan memastikan digunakan secara maksimal
- Memaksimalkan farmasi klinik dalam memberikan layanan ke unit rawat inap sebagai upaya pengendalian penggunaan obat diluar fornasi maupun formularium RS.
- Optimalisasi penggunaan e-resep

#### 2. Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Target : 98,20%

Capaian : 97,77%

Hasil : **Belum Tercapai**

Faktor penghambat :

- Alur pelaporan hasil kritis yang masih manual atau semi-manual berpotensi menimbulkan keterlambatan atau kesalahan pencatatan waktu pelaporan.
- keperluan konfirmasi penerimaan hasil (read-back) yang terkadang tidak terdokumentasi dengan lengkap.
- Integrasi SIMRS dan sistem laboratorium (LIS) belum optimal, sehingga notifikasi hasil kritis belum sepenuhnya otomatis.

Rekomendasi :

- Optimalisasi PJ pelaporan hasil kritis laboratorium dalam input data di worksheet.
- Meningkatkan monitoring pelaksanaan pelaporan nilai kritis serta kerjasama dari berbagai pihak yang terkait untuk tetap menjalankan pelaporan nilai kritis laboratorium sesuai dengan standart operasional pelayanan yang sudah ada.
- Memastikan sistem yang dibangun dalam menunjang pengambilan data pelaporan hasil kritis laboratorium yang sudah ada berjalan dengan baik
- Koordinasi dengan IT untuk pertimbangan pembuatan aplikasi yang mampu menunjang kemudahan dalam penyampaian hasil kritis laboratorium kepada DPJP.

### 3. Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan

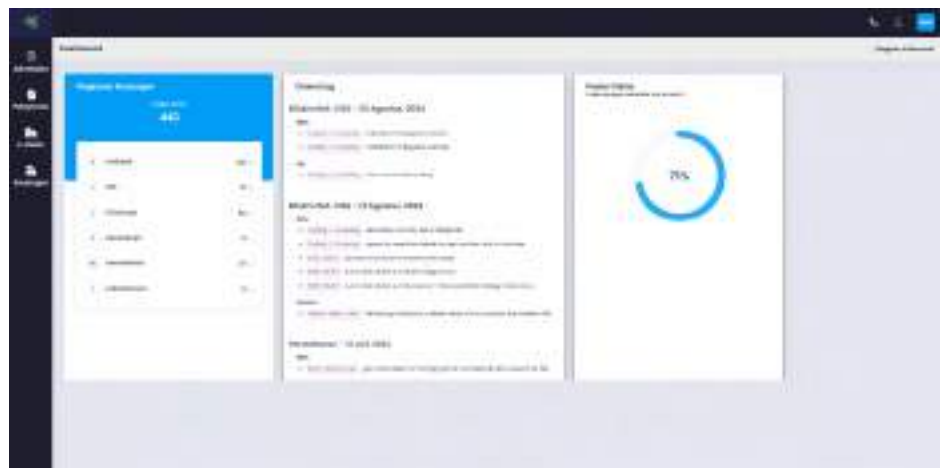
Target : 80%  
Realisasi : 91,12%  
Capaian : 100%  
Hasil : **Tercapai**

Berdasarkan hasil survei kelengkapan rekam medis pasien, realisasi kelengkapan rekam medis telah tercapai sebesar 91,12 %, Untuk mencapai realisasi sebesar 100% beberapa identifikasi faktor penghambat telah dilakukan, antara lain:

- Jumlah pasien yang tinggi (terutama di Rawat Jalan/IGD) membuat DPJP atau perawat menunda pengisian.
- Kurangnya pemahaman bahwa rekam medis adalah bagian integral dari pelayanan, bukan sekadar tugas administratif.
- Tidak ada pemantauan harian terhadap berkas yang belum lengkap (terjadi penumpukan di akhir bulan).
- Downtime server atau koneksi internet yang lambat menghambat akses RME.
- Tampilan RME yang terlalu rumit atau terlalu banyak klik untuk satu input data.
- Duplikasi Data: Input yang harus diulang-ulang di berbagai entry point.

#### Rekomendasi :

- Penerapan insentif berbasis kinerja mutu atau sanksi administratif bagi yang sering terlambat.
- Reviu SOP Pelayanan: Penyesuaian alur input data agar dilakukan real-time saat pasien masih di hadapan petugas.
- Dashboard Monitoring: Pemanfaatan dashboard SIMRS yang menampilkan daftar rekam medis "menggantung" (belum ditutup) secara real-time.
- Penguatan infrastruktur server (backup) dan optimasi bandwidth.
- Penyederhanaan formulir digital (fitur copy-paste dari asesmen sebelumnya atau penggunaan template otomatis).



Gambar 3. 6 Billing System Rekam Medik

#### 4. Pengelolaan Baku Mutu Limbah Air

Target : 100%

Realisasi : 100%

Capaian : 100%

Hasil : **Tercapai**

#### Faktor Pendorong :

- Keandalan Infrastruktur (IPAL) yang mampu menangani fluktuasi beban limbah rumah sakit.
- Pemeliharaan Rutin: Penjadwalan kuras lumpur, pembersihan diffuser, dan pengecekan pompa secara berkala untuk mencegah kerusakan mendadak.
- Uji Laboratorium Berkala: Melakukan pengujian di laboratorium eksternal yang terakreditasi KAN (Komite Akreditasi Nasional) setiap bulan sebagai bentuk validasi data internal.
- Pengendalian Dosis Bahan Kimia: Presisi dalam pemberian koagulan atau desinfektan (seperti klorin) agar efektif membunuh kuman tanpa menyebabkan toksisitas berlebih pada ekosistem.

Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target tahun 2025 adalah sebesar 75 %, sementara target minimal adalah 80%. Angka ini menunjukkan adanya gap sebesar 5% dari target yang ditetapkan. Langkah perbaikan strategis guna mengoptimalkan kembali performa indikator adalah sebagai berikut :

- Integrasi Sistem Digital (Electronic Health Record)
  - I. Formularium Otomatis: Integrasikan daftar Formularium Nasional ke dalam sistem resep elektronik (e-prescribing) sehingga dokter hanya bisa memilih obat yang tersedia dan sesuai standar.
  - II. Notifikasi Hasil Kritis: Gunakan sistem auto-alert atau pop-up pada dashboard laboratorium dan perawat saat hasil kritis muncul agar pelaporan tidak melebihi standar waktu yang ditentukan.
- Penguatan Kedisiplinan Rekam Medis
  - I. Audit Harian: Lakukan audit kelengkapan rekam medis setiap pagi untuk layanan hari sebelumnya.
  - II. Sistem Pengingat: Kirimkan notifikasi otomatis kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) jika ada berkas yang belum lengkap dalam waktu 20 jam setelah pelayanan.
- Pemeliharaan dan Monitoring Lingkungan Berkala
- Maintenance IPAL: Jadwalkan pemeliharaan rutin Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) untuk memastikan parameter kimia dan biologi tetap di bawah ambang batas baku mutu.
- Pemeriksaan Eksternal: Lakukan uji laboratorium lingkungan secara berkala melalui pihak ketiga yang terakreditasi untuk validasi hasil pengelolaan limbah.
- Monitoring dan Evaluasi (Monev) Terpadu

Rapat Koordinasi Bulanan: Bahas pencapaian keempat indikator ini dalam rapat mutu bulanan. Jika ada yang tidak mencapai target, segera lakukan analisis akar masalah dengan metode RCA (Root Cause Analysis) atau PDSA (Plan-Do-Study-Action).



Gambar 3. 7 Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) RSUD Temanggung

- d) **Persentase indikator mutu keperawatan yang mencapai target**  
Indikator mutu keperawatan mencerminkan kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan di RSUD. Fokus utamanya adalah pada keselamatan pasien (patient safety) dan perlindungan tenaga kesehatan. Terdapat empat pilar utama yang dinilai dalam indikator ini:

## 1. Persentase Kepatuhan Kebersihan Tangan

Target : 85 %

Realisasi : 87,23 %

Capaian : 100%

Hasil : **Tercapai**

Standar kepatuhan kebersihan tangan ditetapkan sebesar 85% dan realisasi kepatuhan relatif stabil sepanjang tahun 2025. Pada periode ini, capaian provinsi mengalami peningkatan signifikan hingga sekitar 95%, sehingga capaian RSUD berada di bawah capaian provinsi. Kondisi ini dapat mengindikasikan perlunya evaluasi terhadap konsistensi penerapan kebersihan tangan, seperti kepatuhan pada momen kebersihan tangan atau intensitas pengawasan.

Beberapa penyebab dari hasil investigasi komite mutu bersama komite PPI adalah masih ditemukan pelaksanaan kebersihan tangan belum sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada. Sebagai contoh terkait dengan 5 momen melakukan cuci tangan, masih ditemukan diantara petugas melakukan cuci tangan hanya pada saat setelah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien, serta setelah terkena cairan tubuh pasien, namun di dua momen lain yaitu sebelum kontak dengan pasien dan sebelum melakukan tindakan aseptik banyak dari petugas kesehatan tidak melakukan cuci tangan terlebih dahulu. Frekuensi petugas kesehatan melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir lebih rendah dengan penggunaan hand rub. Petugas melakukan cuci tangan sebagai tindakan yang rutinitas, sehingga terkadang dalam pelaksanaan 6 langkah cuci tangan masih perlu koreksi dalam tahapannya. Jika dilihat dari penyediaan sarana seperti sabun cuci tangan, tissue, dan hand rub dalam triwulan ke empat ini tidak ditemukan adanya laporan kendala. Standar operasional prosedur cuci tangan sudah dilakukan resosialisasi rutin di semua civitas hospitalia. Monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan cuci tangan sudah terus dilakukan dari tingkat manajemen hingga unit.

Rekomendasi :

- Melakukan penguatan edukasi dan sosialisasi kebersihan tangan secara berkala kepada seluruh petugas.
- Meningkatkan monitoring dan audit kepatuhan kebersihan tangan, terutama pada unit dengan risiko tinggi.
- Memberikan umpan balik hasil audit kepada unit kerja secara rutin.

- Memastikan ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan (handrub, wastafel, poster pengingat).
- Mengintegrasikan kepatuhan kebersihan tangan dalam evaluasi kinerja unit.



Gambar 3. 8 Praktik Kepatuhan Kebersihan Tangan

## 2. Persentase Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Target	: 85 %
Realisasi	: 95,52 %
Capaian	: 100%
Hasil	: <b>Tercapai</b>

Berdasarkan hasil pemantauan kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) pada tahun 2025, diperoleh gambaran bahwa realisasi kepatuhan di RSUD Temanggung sebesar 95,52 %. Standar yang ditetapkan rumah sakit adalah 85%, sedangkan capaian provinsi berada pada kisaran  $\pm 97\%$ . Beberapa faktor yang diduga memengaruhi realisasi kepatuhan penggunaan APD antara lain:

- Kepatuhan petugas yang konsisten dalam penggunaan APD sesuai standar prosedur.
- Beban kerja yang tinggi, terutama pada unit pelayanan dengan intensitas pelayanan tinggi.
- Pengawasan dan monitoring penggunaan APD yang belum optimal di seluruh unit.
- Faktor kebiasaan dan budaya keselamatan yang masih perlu diperkuat secara berkelanjutan.

Rekomendasi :

- Meningkatkan edukasi dan sosialisasi terkait pentingnya penggunaan APD sesuai standar.
- Memperkuat monitoring dan supervisi rutin oleh atasan langsung di unit kerja.
- Memberikan umpan balik hasil audit kepatuhan APD kepada unit kerja secara berkala.
- Mengintegrasikan kepatuhan penggunaan APD dalam budaya keselamatan pasien dan keselamatan kerja.
- Melakukan evaluasi khusus pada unit dengan capaian terendah untuk perbaikan yang lebih terfokus.



Gambar 3. 9 Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

### 3. Persentase Kepatuhan Identifikasi Pasien

Target : 95 %

Realisasi : 96,63 %

Capaian : 100%

Hasil : **Tercapai**

Berdasarkan hasil pemantauan indikator kepatuhan identifikasi pasien pada tahun 2025 sebesar 96,63 % . Standar kepatuhan identifikasi pasien yang ditetapkan rumah sakit adalah 95%, sedangkan capaian

provinsi berada pada kisaran  $\pm 99\%$ . Pada awal triwulan, capaian masih berada di bawah standar, namun terjadi peningkatan yang sangat signifikan pada bulan November dan dapat dipertahankan hingga bulan Desember. Peningkatan capaian tersebut menunjukkan adanya perbaikan dalam penerapan prosedur identifikasi pasien, khususnya dalam penggunaan minimal dua identitas pasien sebelum tindakan, pemberian obat, dan pelayanan lainnya. Peningkatan pada bulan November dan Desember mencerminkan efektivitas penguatan sosialisasi, monitoring, dan kesadaran petugas terhadap pentingnya identifikasi pasien sebagai bagian dari sasaran keselamatan pasien. Untuk menjaga konsistensi dan mencapai target 100%, diperlukan upaya berkelanjutan melalui penguatan edukasi, monitoring rutin oleh atasan langsung, serta pemberian umpan balik hasil audit kepatuhan kepada seluruh unit kerja sebagai bagian dari budaya keselamatan pasien.

#### Rekomendasi

Sebagai upaya peningkatan dan pemeliharaan mutu serta keselamatan pasien, RSUD Temanggung akan melakukan penguatan kepatuhan identifikasi pasien melalui:

- Peningkatan edukasi dan sosialisasi ulang kepada seluruh petugas pelayanan mengenai penerapan identifikasi pasien sesuai standar, khususnya penggunaan minimal dua identitas sebelum tindakan dan pemberian obat.
- Monitoring dan supervisi kepatuhan akan ditingkatkan secara rutin oleh atasan langsung di unit kerja, disertai dengan penyampaian umpan balik hasil audit kepada unit terkait secara berkala.
- Penguatan budaya keselamatan pasien melalui pengingat visual (reminder) di area pelayanan dan integrasi kepatuhan identifikasi pasien dalam kegiatan briefing unit.
- Evaluasi berkala terhadap hasil pengukuran akan terus dilakukan untuk memastikan capaian dapat dipertahankan dan ditingkatkan hingga mencapai standar rumah sakit serta setara atau melampaui capaian provinsi.

#### 4. Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Target	: 92 %
Realisasi	: 96,73 %
Capaian	: 100%
Hasil	: <b>Tercapai</b>

Bila dibandingkan dengan capaian rumah sakit lain di provinsi Jawa Tengah, kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh di RSUD Temanggung masih dibawah capaian provinsi. Dimana capaian dari rerata RS di Jawa Tengah adalah 99.26%. Kemungkinan penyebabnya adalah Kepatuhan petugas dalam melakukan asesmen risiko jatuh dan intervensi pencegahan belum merata, Pengisian dokumentasi pencegahan risiko jatuh (misalnya penggunaan gelang risiko jatuh, edukasi pasien/keluarga, pengamanan lingkungan) belum dilakukan secara konsisten.

Monitoring dan evaluasi kepatuhan belum dilakukan secara rutin dan menyeluruh di semua unit rawat inap. Karakteristik pasien rawat inap dengan risiko tinggi (usia lanjut, penurunan kesadaran, gangguan mobilitas) yang meningkat, namun tidak selalu diimbangi dengan intervensi pencegahan yang sesuai.

Rekomendasi :

- Melakukan sosialisasi ulang tentang pencegahan risiko jatuh sesuai kebijakan dan SPO.
- Melaksanakan audit internal kepatuhan pencegahan risiko jatuh secara berkala di setiap unit rawat inap.
- Memberikan umpan balik hasil audit kepada unit.
- Kepala ruangan melakukan supervisi langsung terhadap implementasi pencegahan pasien jatuh.
- Mengintegrasikan kepatuhan pencegahan pasien jatuh dalam indikator kinerja unit.
- Memastikan ketersediaan sarana prasarana pencegahan pasien jatuh (gelang risiko jatuh, bed rail, bel panggilan, segitiga kuning penanda risiko jatuh).
- Optimalisasi dokumentasi melalui checklist atau sistem elektronik untuk meminimalkan kelalaian.
- Meningkatkan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait risiko jatuh dan upaya pencegahannya

Berdasarkan capaian keempat indikator tersebut, indikator mutu keperawatan telah mencapai 100% dari target 80% yang ditetapkan,

untuk mempertahankan capaian indikator mutu keperawatan tetap 100%, berikut adalah langkah strategis yang dilakukan:

1. Penguatan Monitoring dan Audit Real-Time
  - I. Audit Berjenjang: Melakukan audit harian oleh *Head Nurse* (Kepala Ruangan) dan audit mingguan oleh Komite Keperawatan atau Tim Mutu.
  - II. Metode *Direct Observation*: Melakukan observasi langsung secara acak (terutama untuk kebersihan tangan dan APD) agar data yang didapat akurat, bukan sekadar laporan di atas kertas.
2. Optimalisasi Fasilitas dan Sarana
  - I. Ketersediaan Logistik: Memastikan stok *handrub*, sabun cuci tangan, masker, sarung tangan, dan gelang identitas selalu tersedia di titik layanan (tanpa hambatan birokrasi pengadaan).
  - II. Fasilitas Keselamatan: Memasang *handrail* yang kokoh, lampu tidur yang cukup, dan tanda risiko jatuh di bed pasien.
3. Edukasi dan Refresher Training
  - I. Sosialisasi SPO: Mengadakan *refreshment* Standar Prosedur Operasional (SPO) secara berkala, minimal setiap 6 bulan atau bagi perawat baru.
  - II. Kampanye Visual: Pemasangan poster "6 Langkah Cuci Tangan" dan "Prosedur Identifikasi" di area strategis sebagai pengingat visual bagi staf.
4. Penerapan Budaya Keselamatan (*Safety Culture*)
  - I. Sistem *Reward & Punishment*: Memberikan apresiasi kepada unit dengan tingkat kepatuhan tertinggi dan memberikan pembinaan khusus bagi unit yang sering berada di bawah target.
  - II. Diskusi Kasus (*Morning Briefing*): Membahas kendala yang dihadapi di lapangan setiap pagi untuk mencari solusi bersama.
5. Pemanfaatan Teknologi (Digitalisasi)
  - I. Merancang sistem identifikasi berbasis *barcode* pada gelang pasien untuk meminimalisir kesalahan manual.
  - II. Penginputan data pemantauan risiko jatuh langsung ke dalam sistem Rekam Medis Elektronik (RME) yang memberikan notifikasi otomatis jika skor risiko pasien tinggi

### e. Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD

Penilaian kinerja dilakukan menggunakan metode Balanced Score Card (BSC). Evaluasi ini mencakup empat perspektif utama untuk mengukur kesehatan organisasi secara menyeluruh:

- Pembelajaran dan Pertumbuhan: Fokus pada pengembangan SDM dan inovasi.
- Proses Bisnis Internal: Fokus pada efisiensi dan kualitas layanan internal.
- Pelanggan: Fokus pada kepuasan dan loyalitas pasien/masyarakat.
- Keuangan: Fokus pada pengelolaan anggaran dan kemandirian finansial.

Data yang disajikan dalam penilaian kinerja ini merupakan rekapitulasi nilai tahun 2024. Penyesuaian data tahun 2025 akan dilakukan setelah proses audit oleh KAP dan BPK selesai dilaksanakan, guna memastikan akuntabilitas dan validitas angka pada aspek keuangan BLUD.

#### 1. Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan (30%)

Tabel 3. 8 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

No	Indikator	Satuan	Standar	Bobot	Tahun 2024			Tahun 2023	Naik/ Turun	Capaian	Nilai
					Target	Realisasi	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Kecukupan SDM	%	100	8	100	97,57	97,57	100	(-) 2,43	100	8
2	Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	%	20	5	80	60	75	99	(-) 39	75	3,75
3	Kecukupan Sarana Medis	%	100	8	100	100	100	90	10	100	8
4	Pengembangan SIMRS	Modul	22	5	22	22	100	19	3	100	5
5	Kenaikan Pendapatan RSD Per Pegawai	%	>7	4	7	18,22	100	28	(-) 9,78	100	4
<b>Jumlah</b>				<b>30</b>							<b>28,75</b>

#### 2. Evaluasi Kinerja dari Prespektif Proses Layanan Internal (20%)

Tabel 3. 9 Evaluasi Kinerja dari Prespektif Proses Layanan Internal

No	Indikator	Satuan	Standar	Bobot	Tahun 2024			Tahun 2023	Naik/ Turun	Capaian	Nilai
					Target	Realisasi	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Waktu Tunggu Laboratorium Kritis 30 Menit	%	100	5	100	98,06	100	98.14	(-) 0,08	100	5
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Menit	≤ 60	3	60	129.90	46	108.69	21,21	46	1,38

3	Waktu Tanggap Darurat IGD	Menit	≤ 5	5	5	0.99	100	0.99	Tetap	100	5
4	Penundaan Operasi Elektif	Hari	< 5	3	4	1 hari	100	1 hari	Tetap	100	3
5	Neat Death Rate	%o	< 25	4	20	20,36	100	18.64	1,72	100	4
				<b>20</b>							<b>18,38</b>

### 3. Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pelanggan (30%)

Tabel 3. 10 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Pelanggan

No	Indikator	Satuan	Standar	Bobot	Tahun 2024			Tahun 2023	Naik/ Turun	Capaian	Nilai
					Target	Realisasi	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Indeks Kepuasan Pelanggan	%	≥ 80	9	76,61	87,66	100	85,07	2,59	100	9
2	Penanganan Komplain	%	100	8	80	85	100	80	5	100	8
3	Rujukan Keluar Pasien Rawat Inap	%	<5	5	100	167	100	85	15	100	5
4	Retensi Pelanggan Rawat Jalan	%	>50	5	92	96	100	98	2	100	5
5	Pasien Pulang Paksa	%	< 5	3	2,5	0,95	100	1.65	0,7	100	3
				<b>30</b>							<b>30</b>

### 4. Evaluasi Kinerja dari Perspektif Keuangan (20%)

Tabel 3. 11 Evaluasi Kinerja dari Perspektif Keuangan

No	Indikator	Satuan	Standar	Bobot	Tahun 2024			Tahun 2023	Naik/ Turun	Capaian	Nilai
					Target	Realisasi	%				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Rasio Kas	%	80-100	5	85	126,89	1,49	292,89	(-) 166	100	5
2	Cost Recovery Rate (CRR)	%	> 60	5	70	109,38	1,56	99,40	9,98	100	5
3	Profit Margin	%	10-15	3	10	5,52	0,55	10,90	(-) 5,38	55	1,65
4	Kewajiban dibagi aset	%	≤ 10	2	4	6,27	1,57	4,74	1,53	100	2
5	Pertumbuhan Pendapatan	%	> 7	5	8	21,02	2,63	26,61	(-) 5,59	100	5
				<b>20</b>							<b>18,65</b>

## 5. Rekapitulasi Nilai

Tabel 3. 12 Rekapitulasi Nilai

No	Perspektif	Nilai		Naik/Turun
		2023	2024	
1	Pertumbuhan dan Pembelajaran	28	28,75	Tetap
2	Proses Pelayanan Internal	20	18,38	Tetap
3	Pelanggan	29	30	Naik
4	Keuangan	20	18,65	Tetap
	<b>Total Nilai</b>	<b>97</b>	<b>95,78</b>	<b>Memuaskan</b>

Keterangan :

Total nilai menjadi dasar untuk mengklarifikasi capaian :

- Skor  $\geq 90$  dikategorikan AA
- $80 \leq \text{skor} < 90$  dikategorikan A
- $70 \leq \text{skor} < 80$  dikategorikan BB
- $60 \leq \text{skor} < 70$  dikategorikan B
- Skor  $< 60$  dikategorikan C

Predikat :

- AA = Memuaskan
- A = Sangat Baik
- BB = Baik
- B = Cukup
- C = Kurang

Meskipun realisasi nilai total turun dari **97 ke 95,78**, predikat kinerja BLUD RSUD Kabupaten Temanggung masih dalam kategori **Memuaskan** menunjukkan bahwa fundamental kinerja masih sangat kuat.

Faktor-faktor ini menjadi penyebab penurunan nilai pada perspektif proses pelayanan internal dan keuangan:

- Inefisiensi Proses Pelayanan Internal: Perspektif ini mengalami penurunan nilai dari 20 menjadi 18,38. Hal ini dipicu oleh kendala pada capaian waktu tunggu rawat jalan yang disebabkan oleh:
  1. Komitmen jadwal layanan belum sepenuhnya dilaksanakan oleh dokter spesialis.
  2. Pengguna pendaftaran online yang belum 100% sehingga sebagian besar pasien rawat jalan onsite belum mendapatkan pelayanan sesuai standar waktu tunggu yang ditetapkan. Dimana pasien dengan pendaftaran onsite atau manual akan otomatis terhitung di nomer belakang setelah pasien daftar online semua terlayani terlebih dulu sesuai nomer antrian.

- Perspektif keuangan turun dari 20 menjadi 18,65. Faktor penghambat utama meliputi tingginya biaya tetap (*fixed cost*) seperti gaji dan tunjangan, serta kenaikan harga obat dan alat kesehatan yang tidak terduga.
- Adanya keterlambatan dalam verifikasi berkas klaim BPJS atau asuransi lain menyebabkan perputaran kas (*cashflow*) terhambat, sehingga memengaruhi rasio kemandirian keuangan.
- Stagnasi kunjungan pasien umum yang memiliki margin keuntungan lebih tinggi dibandingkan pasien jaminan memengaruhi total pendapatan BLUD.

Langkah strategis yang akan dilakukan untuk peningkatan kinerja BLUD RSUD adalah sebagai berikut :

#### 1. Optimalisasi Pendapatan & Cash Flow

- Percepatan Klaim: Membentuk tim khusus lintas unit (Medis, Rekam Medis, dan Keuangan) untuk melakukan verifikasi berkas klaim BPJS secara harian guna meminimalisir *pending* klaim akibat ketidaklengkapan administrasi.
- Digitalisasi Rekam Medis (RME): Mempercepat implementasi RME yang terintegrasi dengan sistem koding klaim untuk mengurangi *human error* dalam verifikasi.
- Membuka Layanan Eksekutif/Sore untuk menjaring pasien umum yang bekerja di pagi hari.
- Bekerja sama dengan asuransi swasta dan perusahaan (Corporate) untuk meningkatkan volume pasien non-jaminan pemerintah yang memiliki margin lebih baik.

#### 2. Kepastian waktu layanan dan migrasi digital untuk mengurangi penumpukan pasien *onsite*.

- Optimalisasi Komitmen Dokter (SLA Layanan)
- Implementasi sistem Dashboard Real-time Monitoring kehadiran dokter yang terintegrasi dengan aplikasi pendaftaran pasien, sehingga pasien mendapatkan notifikasi jika ada pergeseran jadwal.
- Meninjau kembali kebijakan urutan antrean. Pasien onsite sebaiknya tetap memiliki slot proporsional (misal: rasio 4:1 antara online dan onsite) agar waktu tunggu tidak membengkak secara ekstrem bagi pasien manual.

#### f. Persentase kecukupan SDM sesuai standar

Indikator ini mengukur sejauh mana Rumah Sakit Daerah (BLUD) mampu memenuhi kebutuhan tenaga profesionalnya (medis, keperawatan, penunjang, hingga administratif) berdasarkan dua parameter utama:

1. Standar Regulasi: Merujuk pada UU Nomor 17 th 2023 tentang Kesehatan
2. Kebutuhan Riil: Berdasarkan Analisa Beban Kerja (ABK) untuk memastikan jumlah SDM proporsional dengan volume pelayanan.

Rumus :

Jenis dan Jumlah SDM yang ada sesuai ketentuan UU Nomor 17 th 2023

Jenis dan Jumlah SDM sesuai ketentuan yang memenuhi ABK

Tabel 3. 13 Kecukupan SDM

No	Uraian	Target	Realisasi	Capaian
1	Kecukupan SDM	75 %	84,98 %	100 %

Untuk mencapai target persentase kecukupan yang optimal, berikut adalah langkah-langkah strategis yang dapat dilakukan:

1. Pemetaan dan Analisis Kesenjangan (Gap Analysis)  
Melakukan ABK yang Akurat: Melakukan evaluasi berkala terhadap beban kerja di setiap unit (IGD, Rawat Inap, Penunjang) untuk menentukan jumlah riil personil yang dibutuhkan. Inventarisasi SDM Eksisting: Mencocokkan data personil saat ini dengan standar kualifikasi yang diminta oleh UU Nomor 17 th 2023.
2. Optimalisasi Pola Rekrutmen (Fleksibilitas BLUD)  
Pemanfaatan Status BLUD: Menggunakan fleksibilitas anggaran BLUD untuk merekrut tenaga non-PNS/kontrak profesional secara mandiri tanpa harus menunggu formasi CPNS dari pusat. Memprioritaskan rekrutmen pada posisi yang memiliki gap paling besar atau yang menjadi syarat wajib akreditasi/kelas rumah sakit.
3. Retensi dan Pengembangan Kompetensi  
Pemberian Insentif Berbasis Kinerja: Memastikan sistem remunerasi menarik agar tenaga profesional (terutama dokter spesialis dan tenaga langka) bertahan lama.
4. Peningkatan Kualifikasi: Memberikan beasiswa atau izin belajar bagi perawat/tenaga kesehatan yang ada untuk naik ke level spesialisasi yang dibutuhkan standar.

5. Digitalisasi Manajemen SDM

Integrasi SISDMK: Memastikan data di Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK) selalu terbaru (up-to-date) agar memudahkan pelaporan dan perencanaan kebutuhan di tingkat daerah maupun nasional.

6. Kerja Sama Antar-Lembaga

Kerja Sama dengan Institusi Pendidikan: Menjalin kemitraan dengan universitas untuk penempatan residen atau lulusan baru sebagai langkah pemenuhan tenaga jangka pendek.

**g. Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar**

Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar adalah jenis dan jumlah sarana medis yang seharusnya disediakan oleh RSUD sesuai jenis pelayanan yang diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit (Permenkes 40/2022) menjadi acuan standar yang harus dipenuhi Rumah Sakit Daerah dalam menyediakan sarana medisnya. Sarana sendiri adalah aset berwujud yang bergerak sehingga dapat diartikan sebagai peralatan kesehatan pada Permenkes tersebut.

Rumus :

Jenis dan jumlah sarana medis yang disediakan RSUD

Jenis dan Jumlah sarana medis sesuai standar

Tabel 4.6 Kecukupan Sarana Medis

Jenis dan jumlah sarana medis yang disediakan RSUD	Jenis dan Jumlah sarana medis sesuai standar	Target	Realisasi	Capaian
1.938	2.301	80%	84,22	100%

Capaian Penyediaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit tahun 2025 meliputi seluruh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit. Dalam rangka memenuhi Standar RSUD Kabupaten Temanggung sebagai rumah sakit tipe B, maka penghitungan Pemenuhan Sarana dan Prasarana RS difokuskan pada pemenuhan kebutuhan alat kedokteran. Realisasi sampai dengan triwulan IV tahun 2025 adalah sebesar 84,22 % sesuai standart RS tipe B yang terdapat dalam Aplikasi ASPAK (Aplikasi Sarana , Prasarana dan Alat Kesehatan) Kementerian Kesehatan RI.

Untuk mencapai target persentase kecukupan yang optimal, berikut adalah langkah-langkah strategis yang dapat dilakukan:

### 1. Inventarisasi dan Analisis Kesenjangan (*Gap Analysis*)

- Audit Aset Menyeluruh: Melakukan pendataan ulang seluruh sarana, prasarana, dan alat kesehatan (SPA) yang ada saat ini secara digital.
- Pemetaan Standar Permenkes 40/2022: Membandingkan ketersediaan aset saat ini dengan daftar standar minimum yang diwajibkan berdasarkan jenis layanan rumah sakit.
- Identifikasi Prioritas: Menentukan alat mana yang belum tersedia (*missing*), rusak berat, atau sudah melewati usia teknis (*obsolete*).

### 2. Perencanaan dan Penganggaran Strategis

- Penyusunan ASPAK yang Akurat: Memastikan penginputan data pada Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK) dilakukan secara valid dan rutin agar mencerminkan kondisi riil untuk kebutuhan dana DAK atau bantuan pusat.
- Skala Prioritas Pelayanan Unggulan: Memprioritaskan pengadaan alat kesehatan yang menunjang layanan prioritas rumah sakit misalnya KJSU-KIA atau layanan spesialis baru.
- Optimalisasi Anggaran BLUD: Mengalokasikan sisa lebih perhitungan anggaran (SiLPA) atau pendapatan BLUD untuk pengadaan alat-alat kecil namun krusial yang tidak tercover oleh dana APBD/APBN.

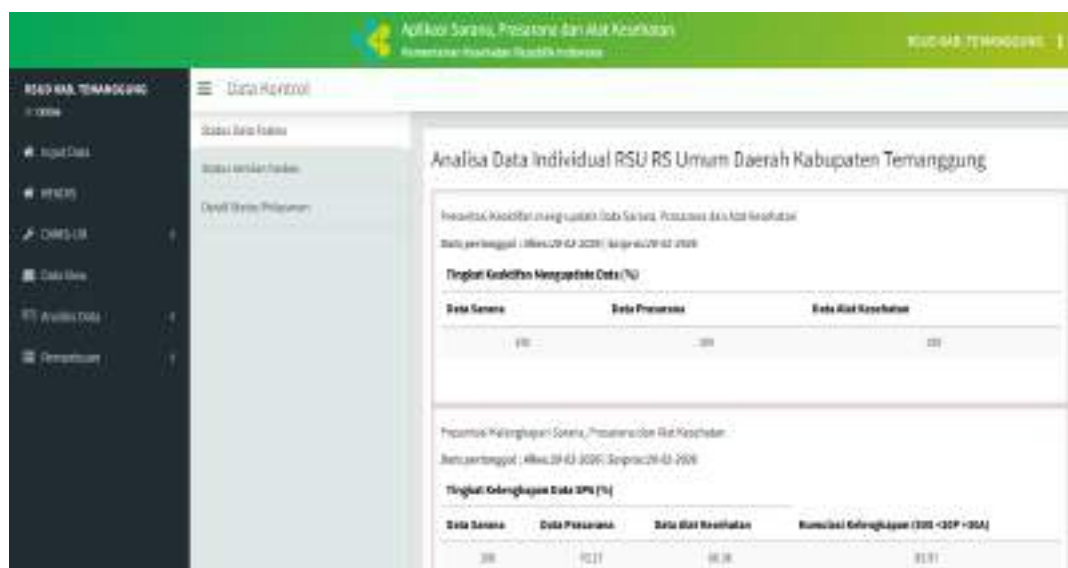
### 3. Pengadaan dan Kerja Sama Operasional

- E-Purchasing dan E-Katalog: Mempercepat proses pengadaan melalui *e-katalog* untuk memastikan harga yang kompetitif dan alat yang sesuai standar nasional.
- Skema Kerja Sama Operasional (KSO): Untuk alat-alat canggih dengan biaya tinggi (seperti alat radiologi atau laboratorium), pertimbangkan skema KSO dengan vendor untuk mengurangi beban biaya investasi awal.
- Evaluasi Teknologi Kesehatan (HTA): Melakukan kajian tim *Health Technology Assessment* (HTA) sebelum pembelian alat besar untuk memastikan alat tersebut tepat sasaran dan memiliki nilai ekonomis jangka panjang.

### 4. Manajemen Pemeliharaan dan Kalibrasi

- Preventive Maintenance (PM): Menyusun jadwal pemeliharaan rutin secara ketat untuk memperpanjang usia pakai alat dan meminimalkan waktu henti (*downtime*).
- Jaminan Kalibrasi: Memastikan seluruh alat kesehatan memiliki sertifikat kalibrasi yang masih berlaku untuk menjamin akurasi pelayanan dan keselamatan pasien.

- Peningkatan Kompetensi Operator: Melatih staf medis dan teknisi (IPSRs) agar mampu mengoperasikan dan merawat alat sesuai dengan *Service Level Agreement (SLA)* dari vendor.



Gambar 3. 10 Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan

#### h. Persentase SDM yang mendapatkan pelatihan

Indikator ini memantau realisasi pengembangan kompetensi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dibandingkan dengan perencanaan kebutuhan pelatihan yang telah disusun untuk tahun berjalan. Hal ini bertujuan untuk memastikan setiap pegawai mendapatkan hak pengembangan kompetensi secara merata.

Rumus Perhitungan:

Jumlah SDM yang mengikuti pelatihan

Jumlah perencanaan kebutuhan pelatihan tahun n

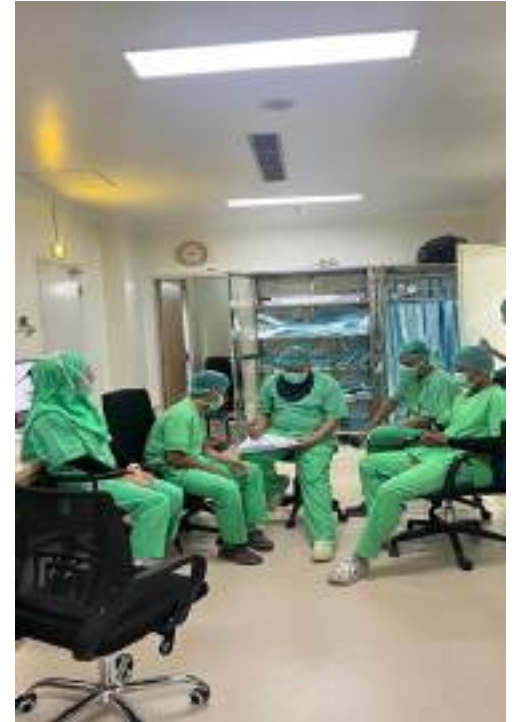
Tabel 3. 14 SDM yang mengikuti pelatihan

SDM yang mengikuti pelatihan	Perencanaan kebutuhan SDM yang mengikuti pelatihan	Target	Realisasi	Capaian
617	922	75 %	66,92%	89,23%

Langkah Strategis untuk meningkatkan capaian pelatihan adalah sebagai berikut:

- Penyusunan *Training Needs Analysis (TNA)*: Melakukan analisis kebutuhan pelatihan yang spesifik per unit kerja agar pelatihan yang diberikan relevan dengan beban kerja dan standar pelayanan.
- Pemenuhan Target 20 Jam Pelajaran (JP): Mengintegrasikan target minimal 20 JP per pegawai per tahun ke dalam penilaian kinerja (SKP) untuk mendorong partisipasi aktif staf.

- Optimalisasi *In-House Training* (IHT): Menyelenggarakan pelatihan internal untuk kompetensi dasar (seperti BHD, PPI, atau keselamatan pasien) guna menjangkau lebih banyak SDMK dengan biaya yang lebih efisien.
- Digitalisasi Pencatatan Pelatihan: Memastikan setiap sertifikat pelatihan segera diinput ke dalam sistem informasi kepegawaian agar data persentase capaian dapat dipantau secara *real-time*.



Gambar 3. 11 Praktik Pelatihan RSUD Temanggung

**i. Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional**

Indikator ini mengukur sejauh mana sistem internal rumah sakit (SIMRS) mampu berkomunikasi dan berbagi data secara "real-time" dengan platform kesehatan nasional. Tujuannya adalah untuk menciptakan kesinambungan data pasien antar fasilitas kesehatan, mempermudah pelaporan nasional, dan meningkatkan akurasi data kesehatan masyarakat. Keberhasilan indikator ini dihitung berdasarkan rasio modul yang sudah terhubung (seperti modul pendaftaran, rekam medis elektronik, laboratorium, atau farmasi) dibandingkan dengan total modul yang diwajibkan oleh regulasi pusat.

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah modul SIMRS yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional}}{\text{seluruh modul yang harus terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional}}$$

Tabel 3. 15 Jumlah modul SIMRS

Platform Sistem Informasi Kesehatan	Jumlah Modul yang harus terintegrasi	Realisasi modul yang terintegrasi	Target	Realisasi	Capaian
Satu Sehat	6	6	70%	100%	100%
BPJS Kesehatan	6	4	70%	66.67%	95,24%

Berikut adalah jenis-jenis modul SIMRS yang secara utama harus diintegrasikan dengan platform SATUSEHAT:

1. Modul Registrasi dan Identitas Pasien (Demografi)

Ini adalah langkah awal (Phase 1) untuk memastikan data pasien sinkron dengan Dukcapil melalui NIK.

Data Pasien : Nama, NIK, alamat, tanggal lahir, dan nomor telepon.

Data Praktisi: Data dokter/perawat (menggunakan ID SatuSehat berdasarkan NIK/STR).

2. Modul Kunjungan dan Pelayanan (Encounter)

Mencatat interaksi pasien di fasilitas kesehatan.

Pendaftaran Kunjungan: Tanggal dan jam masuk, poli tujuan, dan jenis penjaminan (BPJS/Umum).

Status Kunjungan: Mencatat kapan pasien mulai diperiksa, selesai, atau jika dirujuk.

3. Modul Rekam Medis Elektronik (RME) - Klinis

Modul ini adalah inti dari integrasi untuk pertukaran data medis antar fasilitas kesehatan.

Diagnosis (ICD-10): Input diagnosa primer dan sekunder.

Prosedur/Tindakan (ICD-9-CM): Tindakan medis yang dilakukan kepada pasien.

Tanda-Tanda Vital: Data tinggi badan, berat badan, tekanan darah, suhu, dan frekuensi nadi.

Alergi: Riwayat alergi obat atau makanan.

4. Modul Farmasi dan Resep (Medication)

Integrasi data obat sangat krusial untuk mencegah duplikasi atau interaksi obat berbahaya.

Resep Digital: Data obat yang diresepkan oleh dokter.

Dispensing: Data obat yang diberikan oleh apotek (jumlah, aturan pakai, dan waktu pemberian).

5. Modul Laboratorium dan Radiologi (Observation)

Hasil pemeriksaan penunjang diunggah agar bisa diakses oleh dokter di RS lain jika diperlukan.

Order Laboratorium: Permintaan pemeriksaan.

Hasil Pemeriksaan: Hasil laboratorium (menggunakan standar LOINC)

#### 6. Modul Radiologi

Hasil pemeriksaan penunjang diunggah agar bisa diakses oleh dokter di RS lain jika diperlukan.

Order Radiologi: Permintaan pemeriksaan.

Hasil Pemeriksaan: Hasil bacaan radiologi

Berikut adalah jenis-jenis modul SIMRS yang wajib dan umum diintegrasikan dengan sistem BPJS:

#### 1. Modul Pendaftaran & Bridging V-Claim

Ini adalah modul paling krusial untuk memverifikasi status kepesertaan pasien secara real-time.

Cek Kepesertaan: Verifikasi status aktif/tidaknya kartu BPJS berdasarkan NIK atau Nomor Kartu.

Pembuatan SEP (Surat Elegibilitas Peserta): Penerbitan SEP langsung dari SIMRS tanpa harus input ulang di aplikasi V-Claim terpisah.

Rujukan Online: Menarik data rujukan dari FKTP (Puskesmas/Klinik) secara otomatis.

#### 2. Modul Antrean Online (Sistem Antrean Terintegrasi)

Modul ini menghubungkan sistem antrean internal rumah sakit dengan aplikasi Mobile JKN.

Booking Antrean: Pasien bisa mengambil nomor antrean dari rumah melalui Mobile JKN.

Check-in Mandiri: Integrasi dengan kios antrean (APM) untuk validasi kedatangan pasien di RS menggunakan QR Code.

Update Waktu Tunggu: Mengirimkan data waktu tunggu (mulai dari pendaftaran, poli, hingga farmasi) ke server BPJS.

#### 3. Modul Billing & E-Klaim (Ina-CBGs)

Integrasi ini penting untuk memastikan nilai tagihan rumah sakit sesuai dengan pengajuan klaim ke BPJS.

Grouping Ina-CBGs: Menghubungkan data diagnosa (ICD-10) dan tindakan (ICD-9-CM) dari rekam medis ke aplikasi E-Klaim Kemenkes yang menjadi dasar pembayaran BPJS.

Sync Data Biaya: Memastikan komponen biaya yang tidak dijamin BPJS teridentifikasi dengan jelas (untuk pasien naik kelas atau selisih biaya).

4. Modul Farmasi (E-Prescription & Apotek Online)

Modul ini memastikan pemberian obat sesuai dengan Formularium Nasional (Fornas).

E-Resep: Pengiriman data resep dari dokter langsung ke bagian farmasi yang terhubung dengan validasi BPJS.

Klaim Obat Kronis/PRB: Integrasi untuk pelaporan obat-obat khusus yang masuk dalam skema Program Rujuk Balik.

5. Modul Bed Management (Update Kamar Real-time)

BPJS mewajibkan rumah sakit memberikan informasi ketersediaan tempat tidur yang transparan.

Update Siranap/V-Claim: Data ketersediaan kamar di SIMRS otomatis terupdate ke aplikasi BPJS (Mobile JKN) sehingga pasien bisa melihat sisa kuota kamar kelas 1, 2, 3, maupun intensif.

6. i-Care JKN (Integrasi Riwayat Klinis)

Ini adalah fitur terbaru untuk memungkinkan pertukaran data medis antar fasilitas kesehatan.

Akses Riwayat Pelayanan: Dokter di rumah sakit dapat melihat riwayat kunjungan dan pemberian obat pasien di fasilitas kesehatan lain dalam kurun waktu 12 bulan terakhir untuk menghindari polifarmasi atau duplikasi tindakan.

Berdasarkan data diatas realisasi Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional tahun 2025 sebesar 83,33 % dengan target 70% capaian pada tahun 2025 sebesar 100%. Beberapa modul yang belum terintegrasi adalah modul farmasi dan modul antrian online yang saat ini masih dalam tahap pengembangan. RSUD Kabupaten Temanggung tetap berupaya untuk melakukan optimalisasi target sehingga semua modul yang dipersyaratkan dapat terintegrasi dan berfungsi untuk peningkatan pelayanan kesehatan melalui langkah strategis sebagai berikut:

1. Pemetaan (Mapping) dan Analisis Kesenjangan

Identifikasi Modul: List seluruh modul yang ada di SIMRS saat ini dan bandingkan dengan standar variabel yang diminta oleh Sistem Informasi Kesehatan Nasional.

2. Audit Data: Pastikan data dasar (Master File Desa, Kode ICD-10, NIK pasien) sudah sesuai dengan standar nasional agar tidak terjadi penolakan saat integrasi API.

3. Standarisasi Teknologi (Interoperabilitas)

Adopsi Standar HL7 FHIR: Mengadaptasi standar pengiriman data kesehatan internasional (HL7 FHIR) yang biasanya menjadi syarat utama integrasi SatuSehat.

Pengembangan API (Application Programming Interface): Membangun atau memperbarui jembatan komunikasi (API) antara database lokal rumah sakit dengan server pusat.

#### 4. Penguatan Infrastruktur dan Keamanan Siber

Ketersediaan Jaringan: Memastikan koneksi internet stabil dengan redundancy (cadangan) agar pengiriman data tidak terputus.

Keamanan Data: Menerapkan enkripsi data dan protokol keamanan sesuai UU Perlindungan Data Pribadi (PDP) untuk menjamin kerahasiaan data pasien selama proses integrasi.

#### 5. Peningkatan Kapasitas SDM (Pelatihan)

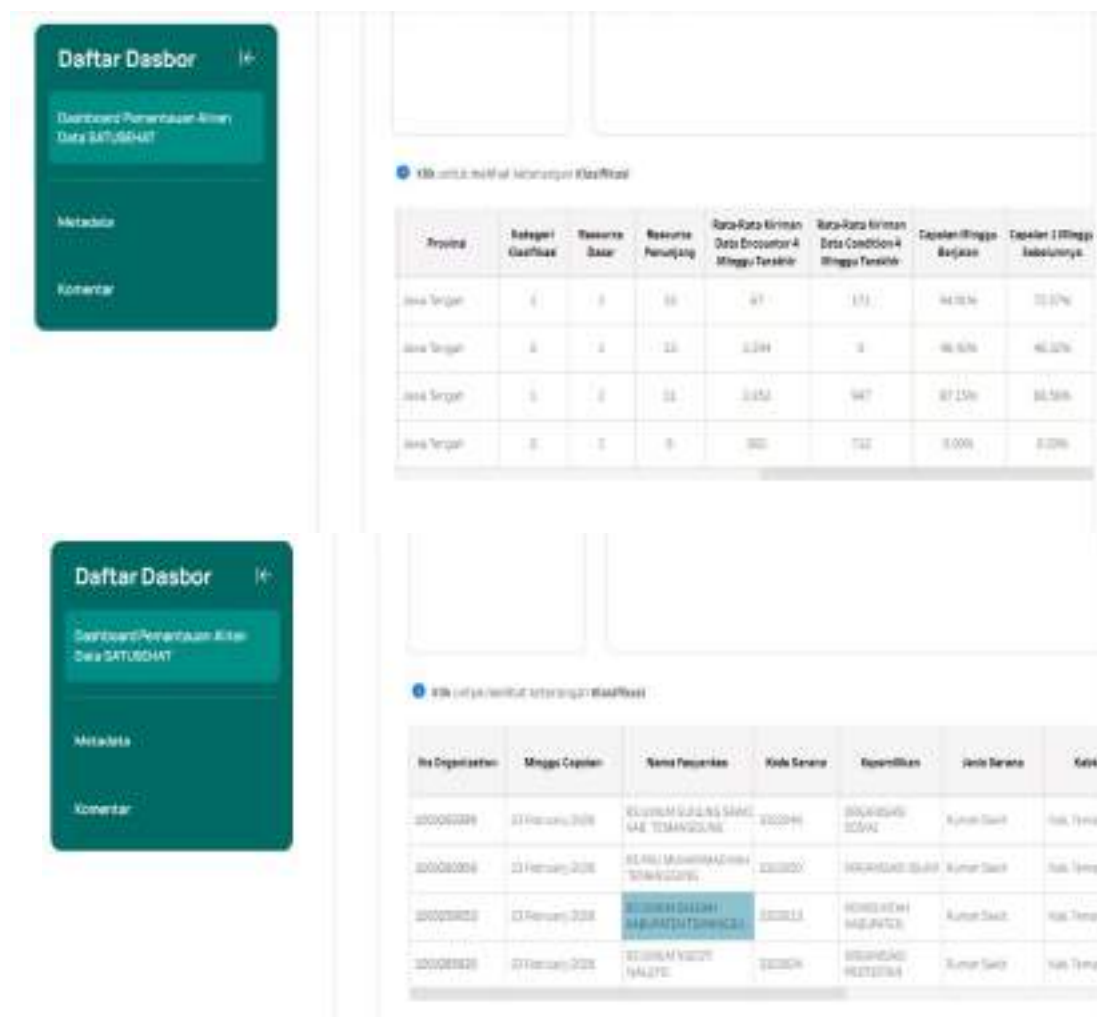
Pelatihan Inputer: Melatih staf medis dan administrasi agar disiplin dalam pengisian data di SIMRS, karena data yang terintegrasi hanya akan valid jika input awalnya benar.

Workshop IT: Memastikan tim IT rumah sakit memahami dokumentasi teknis dari kementerian terkait (misal: playbook integrasi SatuSehat).

#### 6. Monitoring dan Validasi Berkala

Dashboard Pantauan: Membuat dashboard internal untuk melihat berapa persen modul yang sudah sukses terkirim dan modul mana yang sering mengalami error.

Koordinasi dengan Stakeholder: Melakukan koordinasi rutin dengan Dinas Kesehatan atau Kemenkes jika terjadi kendala teknis pada sistem pusat.



Gambar 3. 12 Modul SIMRS (Bridging Satu Sehat)

**j. Persentase indikator kinerja keuangan BLUD yang mencapai target**

Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target adalah ukuran agregat untuk menilai kesehatan finansial, kemandirian, dan efisiensi operasional BLUD. Pengukuran ini tidak hanya melihat apakah BLUD memiliki uang (likuiditas), tetapi juga apakah BLUD mampu mengelola utang (solvabilitas) dan sejauh mana BLUD bergantung pada dana pemerintah (APBD).

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah indikator kinerja keuangan yang mencapai target}}{\text{Jumlah seluruh indikator kinerja keuangan}}$$

Komponen Utama yang Dinilai:

1. Rasio Kas (Cash Ratio): Kemampuan membayar utang jangka pendek dengan kas yang tersedia.
2. Rasio Lancar (Current Ratio): Kemampuan membayar utang jangka pendek dengan aset lancar.
3. Rasio Kewajiban terhadap Aset: Mengukur seberapa besar aset yang dibiayai oleh utang.

4. Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas: Membandingkan total utang dengan modal sendiri.
5. Cost Recovery Rate: Sejauh mana pendapatan mandiri mampu menutup biaya operasional.
6. Porsi Pendapatan APBD vs Non-APBD: Tingkat kemandirian BLUD (semakin kecil porsi APBD untuk operasional, semakin mandiri).

Tabel 3. 16 Indikator kinerja keuangan

Kinerja Keuangan	Formulasi	Nominal	Target	Realisasi	Capaian
Rasio Kas	<u>Kas dan Setara Kas</u>	<u>19.272.383.865</u>	$0,6 \leq RK < 0,8$	0,875	100%
	Kewajiban Jangka Pendek	22.034.274.248			
Rasio Lancar	<u>Aset Lancar</u>	<u>53.851.631.214</u>	$1,2 < RL \leq 2,4$	2,444	100%
	Kewajiban Jangka Pendek	22.034.274.248			
Rasio Kewajiban Terhadap Aset	<u>Jumlah Kewajiban</u> Jumlah Aset	<u>22.034.274.248</u> 330.191.552.356	RKTA > 0,05	0,067	100%
Rasio Kewajiban Terhadap Ekuitas	<u>Jumlah Kewajiban</u> Jumlah Ekuitas	<u>22.034.274.248</u> 308.157.278.108	RKTE < 0,25	0,072	100%
Rasio Pendapatan BLUD Non APBD-LO terhadap Biaya Operasional	<u>Pendapatan BLUD Non APBD-LO</u>	<u>199.713.024.350</u>	PB $\geq$ 0,4	1,056	100%
	Biaya Operasional	189.138.546.389			
Kemampuan RSUD dalam memperoleh pendapatan secara mandiri	<u>Pendapatan BLUD Non APBD-LO</u>	<u>199.713.024.350</u>	PPNP > 1	10,004	100%
	Pendapatan APBD-LO	19.962.460.000			

### 1. Analisis Likuiditas (Kemampuan Membayar Kewajiban Jangka Pendek)

RSUD Kabupaten Temanggung memiliki posisi likuiditas yang sangat kuat, bahkan cenderung di atas target yang ditetapkan.

- Rasio Kas (0,875): Dengan nilai 0,875, RSUD memiliki kas yang cukup untuk menutupi 87,5% kewajiban jangka pendeknya secara instan. Nilai ini melampaui batas atas target  $0,6 \leq RK < 0,8$  yang menunjukkan ketersediaan dana tunai yang sangat aman.
- Rasio Lancar (2,444): Aset lancar RSUD mampu menutupi kewajiban jangka pendek sebanyak 2,44 kali lipat yang mengindikasikan pengelolaan aset lancar yang sangat konservatif dan aman dari risiko gagal bayar.

### 2. Analisis Solvabilitas & Struktur Modal (Leverage)

Struktur permodalan RSUD sangat sehat dengan tingkat ketergantungan pada utang yang sangat rendah.

- Rasio Kewajiban terhadap Aset (0,067): Hanya sekitar 6,7% dari total aset yang didanai oleh utang. Ini jauh di atas batas minimal target ( $> 0,05$ ), menunjukkan struktur aset yang solid.
- Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas (0,072): Nilai ini sangat jauh di bawah batas maksimal 0,25. Hal ini berarti risiko finansial jangka panjang sangat minimal karena jumlah modal jauh lebih besar dibandingkan utang.

### 3. Analisis Kemandirian & Efisiensi Operasional

- Efisiensi Biaya Operasional (1,056): Pendapatan mandiri (Non APBD) mampu menutup 105,6% dari seluruh biaya operasional. Artinya RSUD sudah surplus secara operasional tanpa mengandalkan subsidi untuk kegiatan sehari-hari.
- Kemandirian terhadap APBD (10,004): Rasio ini menunjukkan bahwa untuk setiap Rp1 yang diterima dari APBD, RSUD mampu menghasilkan Rp10 sendiri. Dengan nilai jauh di atas target ( $> 1$ ), secara finansial sudah sangat mandiri dan tidak lagi bergantung pada suntikan dana daerah.

## **B. REALISASI ANGGARAN**

Pelaksanaan program dan kegiatan yang dilaksanakan di lingkungan RSUD Kabupaten Temanggung dalam rangka mewujudkan target kinerja yang ingin dicapai pada tahun 2025, dianggarkan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Temanggung (APBD) Tahun 2025 yang telah ditetapkan sesuai dengan

- Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 6 Tahun 2025 tentang Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 7 Tahun 2025 tentang Pedoman Pengelolaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 17 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Temanggung Nomor 50 Tahun 2024 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 19 Tahun 2025 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Temanggung Nomor 50 Tahun 2024 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 38 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Temanggung Nomor 7 Tahun 2025 tentang Pedoman Pengelolaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 40 Tahun 2025 tentang Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025
- Peraturan Bupati Temanggung Nomor 49 Tahun 2025 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Temanggung Nomor 40 Tahun 2025 tentang Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2025

. Jumlah Anggaran Belanja Daerah di lingkungan RSUD Kabupaten Temanggung tahun Anggaran 2025 berjumlah **Rp. 189.524.624.264,-** komposisi anggaran belanja tidak langsung sebesar Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2025 sebagaimana tabel berikut

Tabel 3. 17 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2023-2025

	Uraian	2023		2024		2025		Efisiensi
		Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	
<b>B</b>	<b>BELANJA TIDAK LANGSUNG</b>	<b>28.337.850.295</b>	<b>28.144.224.934</b>	<b>29.518.008.322</b>	<b>29.290.061.485</b>	-	-	
	Belanja Pegawai	28.337.850.295	28.144.224.934	29.518.008.322	29.290.061.485	-	-	
	Belanja Gaji dan Tunjangan	28.252.850.295	28.066.774.934	29.423.008.322	29.204.561.485	-	-	
	Gaji Pokok PNS / Uang Representasi	21.355.075.371	21.293.708.309	22.184.680.985	22.152.034.600			
	Tunjangan Keluarga	1.873.497.013	1.867.962.124	2.007.659.255	1.988.072.974			
	Tunjangan Jabatan	235.421.525	233.565.000	233.904.300	229.410.000			
	Tunjangan Fungsional	2.187.827.816	2.186.538.100	2.439.606.850	2.416.960.000			
	Tunjangan Fungsional Umum	272.993.175	270.535.000	145.756.860	144.980.000			
	Tunjangan Beras	1.249.086.400	1.242.075.420	1.242.987.038	1.227.663.840			
	Tunjangan PPh / Tunjangan Khusus	87.002.692	86.429.387	124.894.095	121.219.114			
	Pembulatan Gaji	349.191	326.604	356.780	329.890			
	Iuran asuransi Kesehatan	889.244.751	885.634.990	929.792.711	923.891.067			
	Iuran Simpanan Peserta Tapera PNS	102.352.361	-	113.369.448	-			
	<b>Tambahan Penghasilan PNS</b>	<b>85.000.000</b>	<b>77.450.000</b>	<b>95.000.000</b>	<b>85.500.000</b>	-	-	
	Tambahan Penghasilan Berdasarkan Kondisi Kerja	85.000.000	77.450.000	95.000.000	85.500.000			
<b>C</b>	<b>BELANJA LANGSUNG</b>	<b>176.438.059.239</b>	<b>165.623.248.040</b>	<b>176.598.127.595</b>	<b>173.181.534.607</b>	<b>189.524.624.264</b>	<b>181.999.348.283</b>	<b>96,03%</b>
	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota					168.227.824.264	162.036.888.283	
	Peningkatan Pelayanan BLUD					168.227.824.264	162.036.888.283	
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD					168.227.824.264	162.036.888.283	
	Belanja Pegawai BLUD					43.594.304.502	43.409.590.711	
	Belanja Barang dan Jasa BLUD					118.263.519.762	114.394.123.775	
	Belanja Modal					6.370.000.000	4.233.173.797	
	<b>Program Pemenuhan Upaya kesehatan Perorangan &amp; Upaya Kesehatan Masyarakat</b>	<b>176.438.059.239</b>	<b>165.623.248.040</b>	<b>176.598.127.595</b>	<b>173.181.534.607</b>	<b>21.296.800.000</b>	<b>19.962.460.000</b>	<b>93,73%</b>

Uraian	2023		2024		2025		Efisiensi
	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	
<b>Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan utk UKM &amp; LKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota</b>	<b>13.610.237.903</b>	<b>13.268.581.510</b>	<b>1.500.000.000</b>	<b>1.360.851.283</b>	<b>21.296.800.000</b>	<b>19.962.460.000</b>	<b>93,73%</b>
<b>Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b>	<b>5.453.156.513</b>	<b>5.149.056.667</b>	<b>1.500.000.000</b>	<b>1.360.851.283</b>	<b>21.296.800.000</b>	<b>19.962.460.000</b>	<b>93,73%</b>
Belanja Modal Alat Kedokteran Umum	2.057.985.898	1.893.725.300			2.085.071.182	1.816.000.000	87,10%
Belanja Modal Alat Kedokteran Gigi	91.469.421	71.150.000					
Belanja Modal Alat Kedokteran Bedah					4.614.522.142	4.445.200.000	96,33%
Belanja Modal Alat Kedokteran Poliklinik					153.573.162	108.000.000	70,32%
Belanja Modal Alat Kedokteran Gawat Darurat					2.454.602.016	1.950.000.000	79,44%
Belanja Modal Alat Kedokteran ICU					9.388.063.836	9.118.300.000	97,13%
Belanja Modal Alat Kedokteran THT	143.666.600	130.500.000					
Belanja Modal Alat Kedokteran Anak	6.852.000	6.852.000					
Belanja Modal Alat Rehabilitasi Medis	129.525.000	117.000.000					
Belanja Modal Alat Kedokteran Radiodiagnostic	1.227.335.570	1.144.834.610			965.426.888	965.000.000	99,96%
Belanja Modal Alat Kedokteran Neurologi (Saraf)			294.414.913	274.351.283			
Belanja Modal Alat Kedokteran Anestesi	75.311.708	75.299.256	1.205.585.087	1.086.500.000			
Belanja Modal Alat Kedokteran Lainnya					1.181.460.000	1.181.000.000	99,96%
Ruang Laboratorium	59.736.000	58.552.500					
Belanja Modal Laboratorium Hematologi dan Urinalisis	1.661.274.316	1.651.143.001					
Belanja Modal Alat Laboratorium Umum					454.080.774	378.960.000	83,46%
<b>Pengadaan Prasarana dan Pendukung Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b>	<b>285.489.600</b>	<b>256.556.000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	
Belanja Modal Alat Kedokteran Lainnya	285.489.600	256.556.000					
<b>Pengadaan Obat, Vaksin</b>	<b>5.023.804.770</b>	<b>5.022.783.424</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	
Pengadaan Obat, Vaksin	5.023.804.770	5.022.783.424					
Pengadaan Bahan Habis Pakai	2.847.787.020	2.840.185.419	-	-	-	-	
<b>Pengadaan Bahan Habis Pakai</b>	<b>2.847.787.020</b>	<b>2.840.185.419</b>					

Uraian	2023		2024		2025		Efisiensi
	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	Anggaran	Realisasi	
Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten/Kota	162.827.821.336	152.354.666.530	175.098.127.595	171.820.683.324	-	-	
Operasional Pelayanan Rumah Sakit	162.827.821.336	152.354.666.530	175.098.127.595	171.820.683.324	-	-	
Belanja Pegawai BLUD	14.041.380.000	12.462.866.801	12.570.000.000	12.150.120.599			
Belanja Barang dan Jasa BLUD	137.621.277.887	131.637.638.643	150.003.127.595	148.782.445.286			
Belanja Modal	11.165.163.449	8.254.161.086	12.525.000.000	10.888.117.439			
<b>TOTAL BELANJA</b>	<b>204.775.909.534</b>	<b>193.767.472.974</b>	<b>206.116.135.917</b>	<b>202.471.596.092</b>	<b>189.524.624.264</b>	<b>181.999.348.283</b>	<b>96,03%</b>

### C. PRESTASI DAN PENGHARGAAN

1. Dokter Spesialis Keliling – Mendekatkan Pelayanan kepada Masyarakat (Speling – Melesat).

RSUD Kabupaten Temanggung meraih sertifikat penghargaan dari Pemerintah Provinsi Jawa Tengah atas partisipasi aktif dalam pelaksanaan Dokter Spesialis Keliling – Mendekatkan Pelayanan kepada Masyarakat (Speling–Melesat). Capaian ini menjadi wujud nyata komitmen RSUD Kabupaten Temanggung dalam menghadirkan layanan kesehatan spesialistik yang lebih dekat, merata, dan mudah diakses oleh masyarakat



Gambar 3. 13 Sertifikat Dokter Spesialis Keliling

2. Anugerah BAPETEN 2025 atas penerapan keselamatan dan keamanan nuklir pada layanan Radiologi Diagnostik dan Intervensional.

RSUD Kabupaten Temanggung menerima Anugerah BAPETEN 2025 atas penerapan keselamatan dan keamanan nuklir pada layanan Radiologi Diagnostik dan Intervensional. Penghargaan ini menjadi wujud komitmen rumah sakit dalam memastikan setiap layanan radiologi berjalan sesuai standar keselamatan, demi melindungi pasien, tenaga kesehatan, dan masyarakat secara berkelanjutan.



Gambar 3. 14 Sertifikat Anugerah BAPETEN 2025

### 3. Admin PPID Responsif Tahun 2025

RSUD Kabupaten Temanggung meraih penghargaan sebagai Admin PPID Responsif Tahun 2025, sebagai bentuk apresiasi atas komitmen dalam pengelolaan dan pelayanan informasi publik yang cepat, terbuka, dan akuntabel. Penghargaan ini memperkuat langkah RSUD Kabupaten Temanggung dalam membangun kepercayaan publik melalui transparansi layanan.



Gambar 3. 15 Sertifikat Admin PPID Responsif Tahun 2025

### 4. Sertifikat Survei Indeks Kapabilitas Rehabilitasi (IKR) Tahun 2025

RSUD Kabupaten Temanggung menerima Sertifikat Survei Indeks Kapabilitas Rehabilitasi (IKR) Tahun 2025 yang diselenggarakan oleh Badan Narkotika Nasional sebagai bentuk pengakuan atas kesiapan, kapabilitas, serta keberlanjutan layanan rehabilitasi. Capaian ini menegaskan komitmen RSUD Kabupaten Temanggung dalam menghadirkan layanan rehabilitasi yang terstandar, akuntabel, efektif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.



Gambar 3. 16 Sertifikat Survei Indeks Kapabilitas Rehabilitasi (IKR)

5. Penghargaan Keterbukaan Informasi Publik (KIP) Award Tahun 2025

RSUD Kabupaten Temanggung menerima Penghargaan Keterbukaan Informasi Publik (KIP) Award Tahun 2025 dengan predikat Informatif, yang diselenggarakan oleh Komisi Informasi Provinsi Jawa Tengah. Penghargaan tersebut diterima dalam Malam Penganugerahan Keterbukaan Informasi Publik Jawa Tengah Tahun 2025 yang berlangsung di Hotel Patra Semarang & Convention, Selasa (16/12/2025). Capaian ini merupakan hasil Monitoring dan Evaluasi Keterbukaan Informasi Publik terhadap badan publik se-Jawa Tengah, sekaligus menjadi bentuk apresiasi atas komitmen RSUD Kabupaten Temanggung dalam menerapkan prinsip transparansi, akuntabilitas, dan pelayanan informasi publik yang berkualitas kepada masyarakat.



Gambar 3. 17 Penghargaan Keterbukaan Informasi Publik

## **BAB IV PENUTUP**

### **A. TINJAUAN UMUM CAPAIAN KINERJA**

Faktor pendorong pencapaian kinerja ini antara lain:

1. Pendapatan BLUD RSUD Temanggung mampu membiayai pengeluaran operasional RSUD. Peningkatan pendapatan dipengaruhi oleh meningkatnya kepercayaan masyarakat untuk menggunakan layanan kesehatan di RSUD Kabupaten Temanggung.
2. Terdapat dukungan anggaran dari DAK untuk pemenuhan sarana medis untuk peningkatan dan pengembangan layanan kesehatan di RSUD.
3. Peningkatan pengembangan Teknologi Informasi di RSUD sehingga memudahkan Akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD.
4. Penanganan komplain pelanggan yang komprehensif sehingga meningkatkan indeks kepuasan pelanggan.

### **B. STRATEGI PENINGKATAN KINERJA DI MASA DATANG**

Hal –hal yang harus dilakukan untuk meningkatkan capaian kinerja pada tahun-tahun mendatang antara lain:

1. Sebagai jejaring Kanker, Jantung, Stroke, Urologi, serta Kesehatan Ibu dan Anak, fokus utama adalah pada pemenuhan standar sarana prasarana dan SDM spesifik.
  - Akselerasi Pemenuhan Alkes Strategis: Memastikan ketersediaan dan kesiapan operasional alat seperti *Cath Lab*, MRI, atau CT-Scan yang mendukung diagnosis cepat kasus stroke dan jantung.
  - Sub-Spesialisasi SDM: Melakukan *mapping* dan pengiriman tenaga medis untuk pelatihan lanjut (*fellowship*) pada lima bidang prioritas tersebut agar kompetensi rumah sakit naik ke level Madya atau Utama.
2. Digitalisasi Berbasis Kompetensi
  - Penguatan SIMRS Terintegrasi: Mengintegrasikan data kemampuan layanan (jumlah bed kosong, ketersediaan dokter spesialis, dan alat penunjang) ke dalam sistem rujukan nasional (Sisrute).
  - Clinical Pathway Digital: Memastikan kepatuhan terhadap alur klinis untuk menjamin mutu layanan sesuai kompetensi, sehingga meminimalisir risiko medis dan meningkatkan tingkat keberhasilan tindakan pada kasus-kasus sulit.

3. Perubahan skema kelas BPJS menjadi KRIS memerlukan penyesuaian fisik dan strategi manajemen pendapatan.
  - Redesain Ruang Rawat Inap: Penyesuaian fisik ruangan (maksimal 4 tempat tidur, sirkulasi udara, kamar mandi dalam, dll) tanpa mengurangi kapasitas total secara drastis.
  - Karena tarif KRIS cenderung *flat*, RSUD perlu mengoptimalkan layanan non-BPJS atau "Layanan Eksekutif/VIP" yang tidak terikat aturan KRIS sebagai sumber pendapatan tambahan (*cross-subsidy*).
4. Status sebagai Rumah Sakit Pendidikan Penyelenggara Utama (RSPPU) dan Lembaga Pelatihan adalah aset untuk meningkatkan *branding* dan pendapatan BLUD.
  - Penyelenggaraan Pelatihan Ber-SKP: Mengaktifkan lembaga pelatihan untuk menyelenggarakan *workshop* atau pelatihan teknis medis/non-medis bagi RS lain atau Puskesmas di wilayah sekitar. Ini mengubah biaya pendidikan menjadi sumber pendapatan (*cost center to profit center*).
  - LMS (Learning Management System): Membangun platform pembelajaran digital untuk internal dan eksternal, guna mendukung efisiensi koordinasi antara klinisi, dosen pembimbing klinik, dan peserta didik (koas/residen).

Temanggung, 25 Februari 2026

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG



**dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes.**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG

## RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman : rsud.temanggungkab.go.id

### PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

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

Nama : dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes

Jabatan : DIREKTUR RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : AGUS SETYAWAN, SE

Jabatan : BUPATI TEMANGGUNG

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

Temanggung, 1 Oktober 2025

Pihak Kedua,  
BUPATI TEMANGGUNG

Pihak Pertama,  
DIREKTUR  
RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG

AGUS SETYAWAN, SE

dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010

**PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**

<b>NO</b>	<b>TUJUAN</b>	<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat	Usia Harapan Hidup (UHH) ((tahun))	76,06

<b>NO</b>	<b>SASARAN STRATEGIS</b>	<b>INDIKATOR KINERJA</b>	<b>TARGET</b>
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD	87,8
		Net Death Rate	20,30 ‰

<b>NO</b>	<b>Program</b>	<b>Anggaran</b>	<b>Keterangan</b>
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	21.296.800.000	DAK
2	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota	168.227.824.264	BLUD

Temanggung, 1 Oktober 2025

Pihak Kedua,  
BUPATI TEMANGGUNG

Pihak Pertama,  
DIREKTUR  
RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG



AGUS SETYAWAN, SE



dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

---

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Totok Purwanto, ST  
Jabatan : Wakil Direktur Umum dan Keuangan  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes  
Jabatan : Direktur

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Direktur

Pihak Pertama,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

**dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010

**Totok Purwanto, ST**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19740318 200312 1 007

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN**

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Fasilitas Pelayanan di RSUD	Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	100%
2	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD	Peringkat AA nilai 93,5


No	Kegiatan	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)
-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Direktur

Pihak Pertama,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

  
**dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010

  
**Totok Purwanto, ST**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19740318 200312 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

---

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc

Jabatan : Wakil Direktur Pelayanan

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes

Jabatan : Direktur

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Direktur

Pihak Pertama,  
Wakil Direktur Pelayanan

**dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes**

Pembina Tingkat I

NIP. 19760401 200312 2 010

**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**

Pembina Tingkat I

NIP. 19790319 200312 2 004

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: WAKIL DIREKTUR PELAYANAN**

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit	Paripurna nilai 91,2

No	Kegiatan	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)
-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Direktur

Pihak Pertama,  
Wakil Direktur Pelayanan



**dr. Tetty Kurniawati, Sp.S., M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19760401 200312 2 010



**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Rinawati Heri Prastuti, SE, MM

Jabatan : Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Totok Purwanto, ST

Jabatan : Wakil Direktur Umum dan Keuangan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

  
**Totok Purwanto, ST**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19740318 200312 1 007

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**  
Pembina  
NIP. 19730501 199603 2 004

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA BAGIAN UMUM DAN PERLENGKAPAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar	80%
		Persentase kecukupan SDMK sesuai standar	75%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Alat / Bahan untuk Kegiatan Kantor - Bahan Cetak	575.000.000	BLUD
		Belanja Makanan dan Minuman pada Fasilitas Pelayanan Urusan Kesehatan	3.069.000.000	BLUD
		Belanja Asuransi Barang Milik Daerah	30.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Kebersihan	3.019.218.880	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Keamanan	1.451.899.920	BLUD
		Belanja Jasa Pelaksanaan Transaksi Keuangan	1.500.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Kantor dan Rumah Tangga	380.000.000	BLUD
		Belanja Modal Alat Kantor dan Rumah Tangga	350.000.000	BLUD
		Belanja Modal Bangunan Kesehatan- Pembangunan Ruang Cathlab, ICVCU dan CT Scan	3.870.000.000	BLUD
<b>TOTAL</b>			<b>12.746.618.800</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

  
**Totok Purwanto, ST**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19740318 200312 1 007

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**  
 Pembina  
 NIP. 19730501 199603 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Samudi, S.KM,MM

Jabatan : Kepala Subbag. Umum dan Kepegawaian

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Rinawati Heri Prastuti, SE, MM

Jabatan : Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Umum dan Kepegawaian

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**

Pembina

NIP. 19730501 199603 2 004

  
**Samudi, S.KM,MM**

Penata Tingkat 1

NIP. 19720616 199403 1 005


**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SUBBAG. UMUM DAN KEPEGAWAIAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Presentase Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di Rumah Sakit sesuai Standar	75%
		Persentase jumlah dan jenis dokter spesialis sesuai standar layanan	75%
		Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	100%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Alat / Bahan untuk Kegiatan Kantor - Alat Tulis Kantor	486.560.000	BLUD
		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Benda Pos	15.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Kesehatan	5.124.500.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Laboratorium	182.250.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Penanganan Prasaranan dan Sarana Umum	552.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Supir	189.500.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Juru Masak	573.500.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Teknisi Mekanik dan Listrik	145.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Informasi dan Teknologi	259.500.000	BLUD
		Belanja Sewa Hotel	7.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Administrasi	2.375.000.000	BLUD
		Belanja Paket/Pengiriman	2.000.000	BLUD
		Belanja Lembur	180.000.000	BLUD
		Belanja Perjalanan Dinas	80.000.000	BLUD
		<b>10.171.810.000</b>		

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Umum dan  
Perlengkapan

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**  
Pembina  
NIP. 19730501 199603 2 004

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Umum dan  
Kepegawaian

  
**Samudi, S.KM,MM**  
Penata Tingkat 1  
NIP. 19720616 199403 1 005



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungekab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Muhammad Yusuf Lanno, ST  
Jabatan : Kepala Subbag. Rumah Tangga dan Perlengkapan  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Rinawati Heri Prastuti, SE, MM  
Jabatan : Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**  
Pembina  
NIP. 19730501 199603 2 004

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Rumah Tangga dan  
Perlengkapan

  
**Muhammad Yusuf Lanno, ST**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19771109 200903 1 003

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SUBBAG. RUMAH TANGGA DAN PERLENGKAPAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Persentase Kelengkapan Alat Kesehatan pada Instalasi/Pelayanan Medik-Keperawatan dan Penunjang Medis	80%


No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Bahan-Bahan Bangunan dan Konstruksi	125.000.000	BLUD
		Belanja Suku Cadang Alat Kedokteran	700.000.000	BLUD
		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Perabot Kantor	769.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Kalibrasi	440.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Pengolahan Sampah-Limbah B3	470.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	1.175.000.000	BLUD
		Belanja Modal Bangunan Parkir-Lanjutan Pembangunan Tempat Parkir	500.000.000	BLUD
			<b>4.179.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Umum dan Perlengkapan

  
**Rinawati Heri Prastuti, SE, MM**  
Pembina  
NIP. 19730501 199603 2 004

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Rumah Tangga dan Perlengkapan

  
**Muhammad Yusuf Lanno, ST**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19771109 200903 1 003



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng

Jabatan : Kepala Bagian Perencanaan, Pendidikan, dan Pelatihan

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Totok Purwanto, ST

Jabatan : Wakil Direktur Umum dan Keuangan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Bagian Perencanaan, Pendidikan,  
dan Pelatihan

**Totok Purwanto, ST**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19740318 200312 1 007

**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**  
Pembina  
NIP. 19780130 200312 1 002

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA BAGIAN PERENCANAAN, PENDIDIKAN, DAN PELATIHAN**

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Persentase SDM yang mendapatkan pelatihan	75%
		Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional	70%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Bahan - Isi Tabung Pemadam Kebakaran	1.000.000	BLUD
		Belanja Makanan dan Minuman Rapat	5.000.000	BLUD
		Belanja Makanan dan Minuman Jamuan Tamu	15.000.000	BLUD
		Honorarium Tim Pelaksana Kegiatan dan Sekretariat Tim Pelaksana Kegiatan	37.000.000	BLUD
		Belanja Asuransi Pegawai	2.575.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Tenaga Ahli-Konsultan Hemodialisa	80.000.000	BLUD
		Belanja Tagihan Telepon	61.267.962	BLUD
		Belanja Tagihan Air	341.866.255	BLUD
		Belanja Tagihan Listrik	2.326.618.533	BLUD
		Belanja Langganan Jurnal / Surat Kabar / Majalah	5.000.000	BLUD
		Belanja Registrasi / Keanggotaan	30.475.000	BLUD
		Belanja Pembayaran Pajak, Bea, dan Perizinan	74.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Konsultansi Spesialis-Jasa Pengujian dan Analisa Komposisi dan Tingkat Kemurnian	257.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Instalasi-Instalasi Air Bersih/Air Baku-Instalasi Air Bersih/Air Baku Lainnya	150.000.000	BLUD
Belanja Pemeliharaan Instalasi-Instalasi Air Kotor	150.000.000	BLUD		
			<b>6.109.227.750</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Bagian Perencanaan, Pendidikan,  
dan Pelatihan

  
**Totok Purwanto, ST**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19740318 200312 1 007

  
**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**  
 Pembina  
 NIP. 19780130 200312 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Tofik Dwi Wahyono, SKM  
Jabatan : Kepala Subbag. Pendidikan dan Pelatihan  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng  
Jabatan : Kepala Bagian Perencanaan, Pendidikan dan Pelatihan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Perencanaan,  
Pendidikan, dan Pelatihan

**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**  
Pembina  
NIP. 19780130 200312 1 002

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Pendidikan dan  
Pelatihan

**Tofik Dwi Wahyono, SKM**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19721227 199603 1 004

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA SUBBAG. PERENCANAAN, PROGRAM, MONITORING,**  
**EVALUASI DAN POLAPORAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Persentase Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	75%
		Presentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT	75%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>				

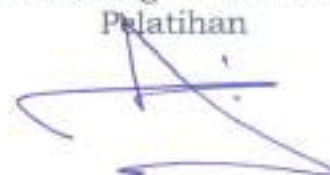
Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Perencanaan,  
Pendidikan, dan Pelatihan



**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**  
Pembina  
NIP. 19780130 200312 1 002

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Pendidikan dan  
Pelatihan



**Tofik Dwi Wahyono, SKM**  
Penata Tingkat I  
NIP. 19721227 199603 1 004



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025**

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

Nama : Ruth Reza Hanggraini, SKM, M.P.H

Jabatan : Kepala Subbag. Perencanaan, Program, Monitoring, Evaluasi dan Polaporan

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng

Jabatan : Kepala Bagian Perencanaan, Pendidikan dan Pelatihan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Perencanaan,  
Pendidikan, dan Pelatihan

**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**

Pembina

NIP. 19780130 200312 1 002

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Perencanaan, Program,  
Monitoring, Evaluasi dan Polaporan

**Ruth Reza Hanggraini, SKM, M.P.H**

Pembina

NIP. 19830527 200604 2 021

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA SUBBAG. PERENCANAAN, PROGRAM, MONITORING,**  
**EVALUASI DAN POLAPORAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Persentase Pengembangan Modul SIM RS	70%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		Belanja Alat-Bahan Untuk Kegiatan Kantor-Bahan Komputer	240.000.000	BLUD
		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Perlengkapan Dinas	55.000.000	BLUD
		Belanja Pakaian Dinas Harian (PDH)	5.000.000	BLUD
		Belanja Kawat/Faksimili/Internet/TV Berlangganan	120.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Konsultansi Berorientasi Layanan-Jasa Khusus (Survei Akreditasi, Pengembangan SIMRS, SLF, Appraisal)	694.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Komputer-Peralatan Komputer-Peralatan Jaringan	60.000.000	BLUD
		Belanja Modal Komputer	50.000.000	BLUD
		Belanja Modal Peralatan Komputer Lainnya	233.000.000	BLUD
<b>TOTAL</b>			<b>1.457.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Perencanaan,  
Pendidikan, dan Pelatihan



**Dwi Arry Herru Prasetyo, ST, M.Eng**

Pembina

NIP. 19780130 200312 1 002

Pihak Pertama,  
Kepala Subbag. Perencanaan, Program,  
Monitoring, Evaluasi dan Polaporan



**Ruth Reza Hanggraini, SKM, M.P.H**

Pembina

NIP. 19830527 200604 2 021



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.

Jabatan : Kepala Bagian Keuangan

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Totok Purwanto, ST

Jabatan : Wakil Direktur Umum dan Keuangan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Bagian Keuangan

  
**Totok Purwanto, ST**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19740318 200312 1 007

  
**Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.**  
Pembina  
NIP. 19781221 200501 1 006



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Dwi Lestari, SE, M.Si  
Jabatan : Kepala Sub Bagian Akuntansi  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.  
Jabatan : Kepala Bagian Keuangan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Keuangan

**Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.**

Pembina

NIP. 19781221 200501 1 006

Pihak Pertama,  
Kepala Sub Bagian Akuntansi

**Dwi Lestari, SE, M.Si**

Pembina

NIP. 19760424 200501 2 013

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SUB BAGIAN AKUNTANSI**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Rasio Kewajiban terhadap Aset	80%
		Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	80%
		Porsi Pendapatan APBD - LO dibandingkan Pendapatan Non APBD - LO	80%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-	-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Keuangan

  
**Eka Budi Setiawan, SE, Akt, M. Ak.**  
Pembina  
NIP. 19781221 200501 1 006

Pihak Pertama,  
Kepala Sub Bagian Akuntansi

  
**Dwi Lestari, SE, M. Si**  
Pembina  
NIP. 19760424 200501 2 013



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Sri Rahayuningsih, SE

Jabatan : Kepala Sub Bagian Perbendaharaan dan Verifikasi

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.

Jabatan : Kepala Bagian Keuangan

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Keuangan

Pihak Pertama,  
Kepala Sub Bagian Perbendaharaan  
dan Verifikasi

  
**Eka Budi Setiawan, SE, Akt,M.Ak.**

Pembina

NIP. 19781221 200501 1 006

  
**Sri Rahayuningsih, SE**

Penata Tingkat 1

NIP. 19740113 199803 2 006

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA SUB BAGIAN PERBENDAHARAAN DAN VERIFIKASI**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Rasio Kas (Cash Ratio)	80%
		Rasio Lancar (Current Ratio)	80%
		Rasio Pendapatan BLUD Non APBD-LO terhadap Biaya Operasional / Cost Recovery Rate	80%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-	-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bagian Keuangan



**Eka Budi Setiawan, SE, Akt.M.Ak.**

Pembina

NIP. 19781221 200501 1 006

Pihak Pertama,  
Kepala Sub Bagian Perbendaharaan  
dan Verifikasi



**Sri Rahayuningsih, SE**

Penata Tingkat 1

NIP. 19740113 199803 2 006



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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


Nama : Sri Hartati, S.K.M., M.Si  
Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc  
Jabatan : Wakil Direktur Pelayanan  
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.

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan

  
**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Keperawatan

  
**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19710602 199402 2 002

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA BIDANG KEPERAWATAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target	82%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Jasa Konsultansi Berorientasi Bidang-Keuangan-Jasa Akuntan Publik	53.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Konsultansi Lainnya-Jasa Manajemen Proyek Terkait Konstruksi Bangunan-Manajemen Konstruksi Pembangunan Gedung Poliklinik	3.000.000.000	BLUD
		Belanja Kursus / Pelatihan, Sosialisasi, Bimbingan Teknis serta Pendidikan dan Pelatihan	670.000.000	BLUD
			<b>3.723.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Keperawatan

  
**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19790319 200312 2 004

  
**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
 Pembina  
 NIP. 19710602 199402 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

---

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Muhamad Sakbani, S.Kep.Ns  
Jabatan : Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Sri Hartati, S.K.M., M.Si.  
Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Keperawatan

**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19710602 199402 2 002

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap

**Muhamad Sakbani, S.Kep.Ns**  
Pembina  
NIP. 19770814 200501 1 012

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA SEKSI KEPERAWATAN RAWAT INAP**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Persentase Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	85%
		Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	92,00%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Bahan Bakar dan Pelumas	285.000.000	BLUD
		Belanja Suku Cadang Alat Angkutan	35.000.000	BLUD
		Belanja Bahan Persediaan Alat Listrik / Elektronik	135.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Konsultansi Perencanaan	50.000.000	BLUD
		Belanja Jasa yang Diberikan kepada Pihak Ketiga	1.546.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Angkutan-Alat Angkutan Darat Bermotor-Kendaraan Dinas Bermotor Perorangan	55.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Angkutan-Alat Angkutan Darat Bermotor-Kendaraan Bermotor Khusus	134.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Angkutan-Alat Angkutan Darat Bermotor-Alat Angkutan Darat Bermotor Lainnya	5.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Angkutan-Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	10.000.000	BLUD
		Belanja Pemeliharaan Alat Kedokteran dan Kesehatan-Alat Kedokteran	2.200.000.000	BLUD
		Belanja Modal Bangunan Gedung Tempat Kerja Lainnya	650.000.000	BLUD
			<b>5.105.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Keperawatan



**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19710602 199402 2 002

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap



**Muhamad Sakbani, S.Kep.Ns**  
Pembina  
NIP. 19770814 200501 1 012



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Nur Latifah S.Kep.Ns  
Jabatan : Kepala Seksi Keperawatan Rawat Jalan  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : Sri Hartati, S.K.M., M.Si.  
Jabatan : Kepala Bidang Keperawatan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Keperawatan

**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19710602 199402 2 002

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Keperawatan Rawat Jalan

**Nur Latifah S.Kep.Ns**  
Penata Tingkat 1  
NIP. 19800708 200604 2 017

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SEKSI KEPERAWATAN RAWAT JALAN**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Persentase Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%
		Persentase Kepatuhan Identifikasi Pasien	95%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Bahan - Isi Tabung Gas	450.000.000	BLUD
		Belanja Alat/Bahan untuk Kegiatan Kantor-Suvenir/Cendera Mata	15.000.000	BLUD
		Belanja Peralatan dan Mesin-Alat Kantor dan Rumah Tangga	310.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Iklan/Reklame, Film, dan Pemetretan	10.000.000	BLUD
-	-	-	<b>785.000.000</b>	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Keperawatan



**Sri Hartati, S.K.M., M.Si.**  
Pembina  
NIP. 19710602 199402 2 002

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Keperawatan Rawat Jalan



**Nur Latifah S. Kep. Ns**  
Penata Tingkat 1  
NIP. 19800708 200604 2 017



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Novi Andriyani  
Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan Medis  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc  
Jabatan : Wakil Direktur Pelayanan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Pelayanan Medis

  
**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004

  
**dr. Novi Andriyani**  
Pembina  
NIP. 19821120 200903 2 005

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA BIDANG PELAYANAN MEDIS**

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target	80%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Obat-Obatan-Obat-Obatan Lainnya-Alkes Pakai Habis, Radiologi, Hemodialisa, CSSD, Laboratorium	7.450.000.000	BLUD
		Belanja Modal Alat Kedokteran dan Kesehatan	717.000.000	BLUD
			<b>8.167.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Pelayanan Medis

  
**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004

  
**dr. Novi Andriyani**  
Pembina  
NIP. 19821120 200903 2 005



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

---

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Andy Kurniawan  
Jabatan : Kepala Seksi Pelayanan Medis

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Novi Andriyani  
Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan Medis

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Pelayanan Medis

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Pelayanan Medis

**dr. Novi Andriyani**  
Pembina  
NIP. 19821120 200903 2 005

**dr. Andy Kurniawan**  
Penata  
NIP. 19860914 201903 1 002

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA SEKSI PELAYANAN MEDIS**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	persentase kepatuhan waktu visite dokter	10%
		Persentase waktu tunggu sebelum operasi/penundaan operasi efektif	100%
		persentase waktu tanggap operasi secsio cesarea emergency	75%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
-	-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Pelayanan Medis

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Pelayanan Medis

**dr. Novi Andriyani**  
Pembina  
NIP. 19821120 200903 2 005

**dr. Andy Kurniawan**  
Penata  
NIP. 19860914 201903 1 002



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggunkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Ratna Diah Kurniawati  
Jabatan : Kepala Seksi Pelayanan Penunjang

selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Novi Andriyani  
Jabatan : Kepala Bidang Pelayanan Medis

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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Pelayanan Medis

**dr. Novi Andriyani**

Pembina

NIP. 19821120 200903 2 005

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Pelayanan Penunjang

**dr. Ratna Diah Kurniawati**

Penata Tingkat I

NIP. 19820531 201502 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Cahyadi Tri Stiyanto  
Jabatan : Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc  
Jabatan : Wakil Direktur Pelayanan  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan

**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Penunjang Medik & Non  
Medik

**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**JABATAN: KEPALA BIDANG PENUNJANG MEDIS DAN NON MEDIS**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD	Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target	80%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Obat-Obatan-Obat-Obatan Lainnya-Alkes Pakai Habis, Radiologi, Hemodialisa,CSSD, Laboratorium	12.900.000.000	BLUD
		Belanja Modal Alat Kedokteran dan Kesehatan	21.296.800.000	DAK
			<b>34.196.800.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Wakil Direktur Pelayanan



**dr. Nida'ul Khasanah, Sp.Rad, M.Sc**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19790319 200312 2 004

Pihak Pertama,  
Kepala Bidang Penunjang Medik & Non  
Medik



**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : dr. Fitri Emi Sri Parastri  
Jabatan : Kepala Seksi Penunjang Medis  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Cahyadi Tri Stiyanto  
Jabatan : Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non  
Medis

**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Penunjang Medis

**dr. Fitri Emi Sri Parastri, M.M.R.**  
Pembina  
NIP. 19820720 200912 2 001

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SEKSI PENUNJANG MEDIS**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Penulisan resep sesuai formularium/ kepatuhan penggunaan formularium nasional	90%
		Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	98,20%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD	Belanja Obat-Obatan-Obat	24.925.000.000	BLUD
		Belanja Jasa Konsultansi Berorientasi Bidang-Kesehatan-Penyusunan Dokumen Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (Amdal)	375.000.000	BLUD
			<b>25.300.000.000</b>	

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis



**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Penunjang Medis



**dr. Fitri Emi Sri Parastri, M.M.R.**  
Pembina  
NIP. 19820720 200912 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik: rsud\_temanggung@yahoo.co.id Laman: www.rsud.temanggungkab.go.id

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025**

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

Nama : Sumaryati, S.Kep.Ns  
Jabatan : Kepala Seksi Penunjang Non Medis  
selanjutnya disebut **PIHAK PERTAMA**

Nama : dr. Cahyadi Tri Stiyanto  
Jabatan : Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis  
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.

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non  
Medis

**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Penunjang Non Medis

**Sumaryati, S.Kep.Ns**  
Penata Tingkat 1  
NIP. 19790226 199703 2 001

**PERJANJIAN KINERJA PERUBAHAN TAHUN 2025  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
JABATAN: KEPALA SEKSI PENUNJANG NON MEDIS**

No	Sasaran Sub Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	80%
		Pengelolaan Baku Mutu Limbah Air	100%

No	Sub Kegiatan	Belanja	Anggaran (Rp)	Sumber Dana
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	-	-	-	-

Temanggung, 1 November 2025

Pihak Kedua,  
Kepala Bidang Penunjang Medis dan Non Medis



**dr. Cahyadi Tri Stiyanto**  
Pembina  
NIP. 19820613 201101 1 004

Pihak Pertama,  
Kepala Seksi Penunjang Non Medis



**Sumaryati, S.Kep.Ns**  
Penata Tingkat 1  
NIP. 19790226 199703 2 001





**CASCADING**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**TAHUN 2026**

Komponen Perencanaan	Jabatan dalam Organisasi	Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat																																
<b>TUJUAN</b>	KEPALA / Eselon II	1. Usia Harapan Hidup																																
Ultimate Outcome		1. Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau																																
<b>SASARAN</b>		Net Death Rate (NDR)																																
Intermediate Outcome (Indikator sasaran)	KABID / Eselon III	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD		PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT (Wadir Umum dan Keuangan)																														
Unit/Sub Unit Kerja		PROGRAM		PROGRAM PENUNJANG URUSAN PEMERINTAHAN DAERAH KABUPATEN/KOTA (WADIR PELAYANAN)																														
<b>SASARAN STRATEGIS PROGRAM(Outcome)</b>		Meningkatnya Fasilitas Pelayanan di RSUD		Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD																														
		Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (Wadir Umum dan Keuangan)		Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit (Wadir Pelayanan)					Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD (Wadir Umum dan Keuangan)																									
Intermediate atau immediate Outcome (indikator program)		Persentase Capaian Pengembangan Rumah Sakit (Kabag Umum dan Perlengkapan)		Persentase Capaian pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan (Kabag Umum dan Perlengkapan)		Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target (Kabid Pelayanan Medis)		Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target (Kabid Penunjang Medis dan Non Medis)		Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target (Kabid Keperawatan)		Persentase kecukupan SDMk sesuai standar (Kabag Umum dan Perlengkapan)		Persentase capaian ketersediaan sarpras dan alkes sesuai standar (Kabag Umum dan Perlengkapan)		Persentase SDMk yang mendapatkan pelatihan (Kabag Rendiklat)		Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Kabag Rendiklat)		Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target (Kabag Keuangan)														
Unit/Sub Unit Kerja	KASUBAG-KASUBID/ Eselon IV	<b>KEGIATAN</b>		Peningkatan Pelayanan BLUD																														
<b>SASARAN STRATEGIS KEGIATAN</b>		Penyediaan fasilitas Pelayanan kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota		Terlaksananya Penyediaan Pelayanan dan penunjang pelayanan BLUD																														
		Terlaksananya Pengembangan Rumah Sakit		Tersedianya alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan																														
<b>Output (indikator kegiatan)</b>	Persentase Capaian Pembangunan Gedung Poliklinik		Persentase Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan		Persentase capaian waktu tunggu rawat jalan		Persentase waktu tunggu sebelum operasi/penundaan operasi efektif		persentase waktu tanggap operasi scesio cesarea emergency		penulisan resep sesuai formularium/ kepatuhan penggunaan formularium nasional		Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan		Persentase Kepatuhan Kebersihan Tangan		Persentase Kepatuhan Identifikasi Pasien		Presentase Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di Rumah Sakit sesuai Standar		Kecepatan Waktu Tanggap Komplain		Persentase Kelengkapan Alat Kesehatan/pelayan an Medik-Keperawatan dan Penunjang Medis		Persentase Pelatihan 20 Jam Per Pegawai		Persentase Pengembangan Modul SIM RS		Rasio Kas (Cash Ratio)		Rasio Kewajiban terhadap Aset		Rasio Pendapatan BLUD Non APBD-LO terhadap Biaya Operasional / Cost Recovery Rate	
	Persentase Capaian Pembangunan Jembatan Penghubung				persentase kepatuhan waktu visite dokter		persentase kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)		Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium		Pengelolaan Baku Mutu Limbah Air		Persentase Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri		Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh		Persentase jumlah dan jenis dokter spesialis sesuai standar layanan		Presentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT		Rasio Lancar (Current Ratio)		Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas		Porsi Pendapatan APBD - LO dibandingkan Pendapatan Non APBD - LO									

SUB KEGIATAN	KEPMENDAG RI No. 900.1.15.5- 3406 Tahun 2024	Pengembangan Rumah Sakit	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Pelayanan dan Penunjang Pelayanan BLUD
SASARAN STRATEGI SUB KEGIATAN		Tersedianya Rumah Sakit yang ditingkatkan sarana, prasarana , alat kesehatan dan SDM agar sesuai standar jenis pelayanan rumah sakit berdasarkan kelas Rumah Sakit yang memenuhi Rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk minimal 1:1000	Terlaksananya pengadaan Alat kesehatan /alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan	Tersedianya BLUD yang menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan
Output (indikator subkegiatan)		Jumlah Rumah Sakit yang ditingkatkan sarana, prasarana , alat kesehatan dan SDM agar sesuai standar jenis pelayanan rumah sakit berdasarkan kelas Rumah Sakit yang memenuhi Rasio tempat tidur terhadap jumlah penduduk minimal 1:1000	Jumlah alat kesehatan /alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan	Jumlah BLUD yang menyediakan pelayanan dan penunjang pelayanan

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG



*dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes.*  
Pembina Tk.1  
NIP. 19760401 200312 2 010

**POHON KINERJA**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG**  
**TAHUN 2026**

<b>TUJUAN/Ultimate Outcome</b>	<b>Meningkatnya Kualitas Kesehatan Masyarakat</b>																
	1. Usia Harapan Hidup																
<b>SASARAN/Intermediate Outcome</b>	1. Tercapainya masyarakat yang sehat dan produktif sesuai siklus hidup dan layanan kesehatan yang berkualitas baik, adil, dan terjangkau																
<b>Indikator Sasaran</b>	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD		Net Death Rate (NDR)														
<b>Immediate Outcome</b>	Meningkatnya Fasilitas Pelayanan di RSUD		Meningkatnya kualitas pelayanan di RSUD														
	Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit <b>(Wadir Umum dan Keuangan)</b>		Peringkat Penilaian Akreditasi Rumah Sakit <b>(Wadir Pelayanan)</b>					Peringkat Penilaian Kinerja BLUD RSUD <b>(Wadir Umum dan Keuangan)</b>									
<b>indikator program</b>	Persentase Capaian Pengembangan Rumah Sakit <b>(Kabag Umum dan Perlengkapan)</b>	Persentase Capaian Pengadaan alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan <b>(Kabag Umum dan Perlengkapan)</b>	Persentase Indikator mutu pelayanan medis yang mencapai target <b>(Kabid Pelayanan Medis)</b>	Persentase Indikator mutu penunjang medis dan non medis yang mencapai target <b>(Kabid Penunjang Medis dan Non Medis)</b>	Persentase Indikator mutu keperawatan yang mencapai target <b>(Kabid Keperawatan)</b>	Persentase kecukupan SDMk sesuai standar <b>(Kabag Umum dan Perlengkapan)</b>	Persentase capaian sarpras dan alkes sesuai standar <b>(Kabag Umum dan Perlengkapan)</b>	Persentase SDMk yang mendapatkan pelatihan <b>(Kabag Rendiklat)</b>	Persentase SIMRS yang telah terintegrasi dalam Sistem Informasi Kesehatan Nasional <b>(Kabag Rendiklat)</b>	Persentase Indikator Kinerja Keuangan BLUD yang mencapai target <b>(Kabag Keuangan)</b>							
<b>Output (indikator kegiatan)</b>	Persentase Capaian Pembangunan Gedung Poliklinik	Persentase Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan yang Disediakan	Persentase capaian waktu tunggu rawat jalan	Persentase waktu tunggu sebelum operasi/penundaan operasi efektif	persentase waktu tanggap operasi caesaria emergency	penulisan resep sesuai formularium/ kepatuhan penggunaan formularium nasional	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	Persentase Kepatuhan Kebersihan Tangan	Persentase Kepatuhan Identifikasi Pasien	Presentase Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan di Rumah Sakit sesuai Standar	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	Persentase Kelengkapan Alat Kesehatan pada Instalasi/Pelayanan Medik-Keperawatan dan Penunjang Medis	Persentase Pelatihan 20 Jam Per Pegawai	Persentase Pengembangan Modul SIM RS	Rasio Kas (Cash Ratio)	Rasio Kewajiban terhadap Aset	Rasio Pendapatan BLUD Non APBD-LO terhadap Biaya Operasional / Cost Recovery Rate
	Persentase Capaian Pembangunan Jembatan Penghubung		persentase kepatuhan waktu visite dokter	persentase kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway)		Waktu Tunggu Hasil Laboratorium Kritis/Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Pengelolaan Baku Mutu Limbah Air	Persentase Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	Persentase Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Persentase jumlah dan jenis dokter spesialis sesuai standar layanan		Persentase Dokter Pendidik Klinis yang Mendapat TOT		Rasio Lancar (Current Ratio)	Rasio Kewajiban terhadap Ekuitas	Porsi Pendapatan APBD - LO dibandingkan Pendapatan Non APBD - LO	

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG



**dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes.**  
Pembina JK  
NIP. 19760401 200312 2 010

**CAPAIAN KINERJA RPJMD TAHUN 2025-2029 KABUPATEN TEMANGGUNG  
S.D TRIWULAN IV TAHUN 2025**

**PERANGKAT DAERAH : RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG**

No	Program	No	Indikator Kinerja	Satuan	Kondisi Akhir 2024	Target Kinerja						Realisasi Kinerja					Capaian s.d TW IV 2025	Skala Nilai Peringkat Kinerja					Rumus Pengahitungan Indikator	Faktor Pendorong	Faktor Penghambat	Upaya Pencapaian Target Kinerja Tahun 2025		
						2025	2026	2027	2028	2029	2030	2025	2026	2027	2028	2029		ST	T	S	R	SR						
<b>URUSAN PEMERINTAHAN BIDANG KESEHATAN</b>																												
<b>INDIKATOR KINERJA UTAMA PERANGKAT DAERAH (IKUPD)</b>																												
<b>Urusan Wajib yang Berkaitan Pelayanan Dasar</b>																												
		1	Indeks Kepuasan Masyarakat di RSUD	Nilai	87,6	87,8	88	88,2	88,4	88,6	88,8	87,97						100	v						Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei dibagi Skala Maksimal Penilaian IKM	1. Tenaga medis yang kompeten dan profesional. 2. Ketersediaan obat dan alat medis yang memadai. 3. Sistem antrian dan pendaftaran online. 4. Rekam medis digital dan sistem informasi rumah sakit (SIRS) yang terintegrasi. 5. Pimpinan rumah sakit yang proaktif dalam meningkatkan mutu layanan. 6. Adanya evaluasi dan tindak lanjut hasil survei kepuasan masyarakat	1. Waktu tunggu yang lama. 2. Staf medis atau administrasi yang kurang komunikatif. 3. Rasio dokter dan perawat yang tidak seimbang dengan jumlah pasien. 4. Ruang rawat yang penuh kurang bersih dan nyaman. 5. Alat kesehatan rusak. 6. Pengaduan pasien yang tidak segera ditangani.	1. Standarisasi prosedur pelayanan: 2. Menyusun dan menegakkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) serta Standar Operasional Prosedur (SOP) di seluruh unit layanan. 2. Penerapan budaya pelayanan prima: 3. Melaksanakan pelatihan service excellent bagi seluruh tenaga medis, paramedis, dan non-medis. 3. Evaluasi rutin kepuasan pasien: Melakukan survei IKM secara periodik (triwulanan/semesteran) untuk mengetahui aspek layanan yang perlu ditingkatkan. 4. Digitalisasi pelayanan: Mengembangkan dan memperluas sistem pendaftaran online, antrian digital, dan aplikasi pelayanan pasien. 5. Penyederhanaan alur pelayanan: 6. Melakukan business process reengineering untuk mengurangi waktu tunggu dan memperjelas jalur layanan pasien. 6. Layanan ramah difabel dan lansia: 7. Menyediakan fasilitas fisik dan bantuan petugas bagi kelompok rentan.
		2	Net Death Rate	%	20,3	20,3	20,25	20,15	20	19,8	19,6	23,28						100	v						NDR = (Jumlah pasien mati > 48 jam / Jumlah pasien keluar (hidup + mati)) X 1000 permil	1. Kualitas SDM medis dan keperawatan yang kompeten dalam penanganan kasus kritis. 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan medis, dukungan ICU, ventilator, alat monitoring, dan sarana penunjang diagnostik yang memadai. 3. Penerapan sistem keselamatan pasien (Patient Safety) 4. Komunikasi efektif antara IGD, rawat inap, ICU, dan instalasi penunjang. 5. Pengawasan mutu klinis, adanya Komite Mutu dan Komite Medik yang melakukan audit dan evaluasi rutin terhadap kasus kematian.	1. Keterlambatan rujukan dan kondisi pasien berat saat masuk, sebagian besar pasien datang dalam kondisi kritis, sehingga risiko kematian tinggi. 2. Kepatuhan terhadap panduan klinis belum optimal belum semua unit melaksanakan clinical pathway dan early warning system secara konsisten.	1. Penguatan Manajemen Klinis 2. Peningkatan Kompetensi SDM Kesehatan 3. Penguatan Sistem Pelayanan dan Rujukan Internal 4. Pengendalian dan Pemantauan Kasus Risiko Tinggi 5. Penguatan Pelaporan dan Evaluasi
<b>INDIKATOR PROGRAM PEMENUHAN UPAYA KESEHATAN PERORANGAN DAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT</b>																												
<b>URUSAN PEMERINTAHAN WAJIB YANG BERKAITAN DENGAN PELAYANAN DASAR</b>																												
<b>URUSAN PEMERINTAHAN BIDANG KESEHATAN</b>																												
		1	Persentase Capaian Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	%	100	100	100	100	100	100	100	100						100							Pengadaan Alat Kesehatan Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun-n / Perencanaan pengadaan Alat Kesehatan Alat Penunjang Medik Fasilitas Layanan Kesehatan tahun -n	1. Optimalisasi Penyerapan Dana DAK 2. Peningkatan Kapasitas Diagnostik dan Terapi 3. Komitmen Manajemen RSUD Temanggung		







No	Program	No	Indikator Kinerja	Satuan	Kondisi Akhir 2024	Target Kinerja						Realisasi Kinerja					Capaian s.d TW IV 2025	Skala Nilai Peringkat Kinerja					Rumus Penghitungan Indikator	Faktor Pendorong	Faktor Penghambat	Upaya Pencapaian Target Kinerja Tahun 2025							
						2025	2026	2027	2028	2029	2030	2025	2026	2027	2028	2029		ST	T	S	R	SR											
		10	Persentase indikator kinerja keuangan BLUD yang mencapai target	%	n.a	80%	80	85	85	87	90	100						100	v						Jumlah indikator kinerja keuangan yang mencapai target dibagi Jumlah seluruh indikator kinerja keuangan dikali 100%	1. Efektivitas Pendapatan (Realisasi terhadap Target Pendapatan) 2. Efisiensi Belanja / Beban (Rasio Belanja terhadap Pendapatan) 3. Likuiditas (Kemampuan memenuhi kewajiban jangka pendek) 4. Solvabilitas (Kemampuan memenuhi kewajiban jangka panjang) 5. Rentabilitas (Kemampuan menghasilkan laba operasional) 6. Kemandirian Keuangan (Proporsi pendapatan BLUD terhadap APBD) 7. Kepatuhan terhadap Regulasi Keuangan (LK, audit, dan pelaporan)	1. Ketergantungan terhadap Pendapatan BPJS Kesehatan 2. Keterlambatan dalam Penyusunan dan Pelaksanaan RBA 3. Kelemahan dalam Pengendalian Biaya dan Efisiensi Belanja 4. Integrasi Data dan Sistem Masih Belum Maksimal	1. Melakukan diversifikasi pendapatan melalui pengembangan layanan unggulan, kerja sama dengan pihak ketiga, dan penyesuaian tarif berbasis analisis biaya satuan. 2. Menetapkan prioritas belanja berdasarkan urgensi pelayanan, memperketat verifikasi kebutuhan, dan melakukan audit internal atas pengeluaran untuk menjamin efisiensi. 3. Mengadakan pelatihan rutin tentang akuntansi akrual, penyusunan laporan keuangan BLUD, dan pengelolaan RBA agar kemampuan teknis SDM meningkat. 4. Menyediakan platform digital terintegrasi yang memudahkan pencatatan, pelaporan, dan analisis keuangan secara cepat dan transparan. 5. Melakukan komunikasi intensif untuk mempercepat proses verifikasi dan pencairan klaim agar arus kas lebih stabil. 6. Penerapan Prinsip Value for Money memastikan setiap rupiah yang dibelanjakan memberikan manfaat maksimal bagi peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pasien. 7. Melakukan evaluasi triwulan terhadap rasio efektivitas, efisiensi, dan rentabilitas, serta menindaklanjuti hasil temuan dengan rencana aksi perbaikan. 8. Menyusun laporan keuangan tepat waktu, lengkap, dan sesuai standar audit, serta menyampaikannya secara terbuka kepada pihak internal dan pembina.					
			Jumlah indikator kinerja keuangan yang mencapai target									11																					
			Jumlah seluruh indikator kinerja keuangan									11																					
<b>JUMLAH INDIKATOR IKUPD</b>			<b>2</b>	<b>RATA-RATA CAPAIAN INDIKATOR IKUPD</b>													<b>100,00</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>										
<b>JUMLAH INDIKATOR PROGRAM</b>			<b>10</b>	<b>RATA-RATA CAPAIAN INDIKATOR PROGRAM</b>													<b>87,32</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>											
<b>JUMLAH INDIKATOR BIDANG KESEHATAN/R</b>			<b>12</b>	<b>RATA-RATA CAPAIAN RSUD</b>													<b>93,66</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>											

Kriteria
Sangat Tinggi
Tinggi
Sedang
Rendah
Sangat Rendah

Status
91% ≤ 100%
76% ≤ 90%
66% ≤ 75%
51% ≤ 65%
≤ 50%

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG



dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes.  
Pembina Tk/1  
NIP. 19760401 200312 2 010



No	Kode Usus an/U nsur	Bida ng Unsu r	Prog ram	Kegi atan	Sub Kegiatan	Bidang / Program / Kegiatan	Indikator Kinerja Program/Kegiatan	Satuan	Target Akhir Renstra 2019		Realisasi s/d 2024		Target 2025								Realisasi 2025		Capaian 2025		Realisasi s/d 2025		Capaian s/d 2025		Ket.						
									K	Rp	K	Rp	I		II		III		IV		K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp		K	Rp	K	Rp	K	Rp
													K	Rp	K	Rp	K	Rp	K	Rp															
1						2	3		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24 (7+20)	25 (8+21)	26 (24/5*100)	27 (25/6*100)	16			
Predikat : Sangat Tinggi																																			
1	02	02				Program pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan Upaya Kesehatan Masyarakat			89.542.325.797		1.360.851.283		131.500.000.000	21.296.800.000		0			0		9.443.740.000		10.518.720.000		19.962.460.000	100	93,73	-	19.962.460.000,00	100					
						Persentase Capaian Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayan Kesehatan	%				100			100		100			100		100		100		100		100								
a						Perediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota			203	89.542.325.797	5	1.360.851.283	88	1.500.000.000	21.296.800.000	0	0	25	0	63	9.443.740.000	0	10.518.720.000	88	19.962.460.000	100	93,73	93	19.962.460.000,00	45,81	22,29				
1	02	02	2.01		0014	Pengadaan Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan	Jumlah Alat Kesehatan/Alat Penunjang Medik Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang Disediakan	Unit	203	89.542.325.797	5	1.360.851.283	88	1.500.000.000	21.296.800.000	0	0	25	63	9.443.740.000	0,00	10.518.720.000	88	19.962.460.000	100	93,73	93	19.962.460.000,00	45,81	22,29					
1	02	02	2.02			Perediaan Layanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Rujukan Tingkat Daerah Kabupaten / Kota						1	130.000.000.000	0		0			0		0				0	0	-	-	-	-	-	-			
1	02	02	2.02		0032	Operasional Pelayanan Rumah Sakit	Jumlah BLUD yang Menyediakan Pelayanan dan Penunjang Pelayanan	Unit Kerja				1	130.000.000.000	0	0,00	0	0,00			0	0		0	0	0,00	0	0	-	-	-	-	-	-		
Rata-rata Capaian Kinerja Kegiatan pada Program : 100																																			
Predikat : Sangat Tinggi																																			
									161.790.928.890	189.524.624.264	66	29.502.747.003	66	36.828.510.666	66	49.746.632.492	76	65.921.458.122	76	181.999.348.283	96,03														
RATA-RATA CAPAIAN KINERJA KEGIATAN PERANGKAT DAERAH : 100																																			
Predikat : Sangat Tinggi																																			
RATA-RATA CAPAIAN KINERJA PROGRAM PERANGKAT DAERAH : 100																																			
Predikat : Sangat Tinggi																																			
Predikat : Sangat Tinggi																																			
Faktor pendorong keberhasilan kinerja : Koordinasi antar Bidang/Bagian Instalasi yang efektif																																			
Faktor penghambat pencapaian kinerja : Belum optimalnya penyelesaian administrasi SPJ kegiatan																																			
Tindak lanjut yang diperlukan dalam triwulan berikutnya : Mengoptimalkan penyelesaian administrasi SPJ dan kegiatan sesuai dengan yang telah direncanakan																																			
Tindak lanjut yang diperlukan dalam Renja PD berikutnya : Pemetaan usulan kegiatan sesuai kebutuhan Bidang/Bagian/Instalasi																																			

- PREDIKAT CAPAIAN KINERJA KEGIATAN
- 91% ≤ 100 = SANGAT TINGGI
  - 76 ≤ 90% = TINGGI
  - 66% ≤ 75% = SEDANG
  - 53% ≤ 65% = RENDAH
  - ≤ 50% = SANGAT RENDAH

Disusun :

DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN TEMANGGUNG

  
**Dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S, M.Kes.**  
Pembina Tk. I  
NIP. 19760401 200312 2 010

Dievaluasi :  
Temanggung, Desember 2025

KEPALA BAPPEDA  
KABUPATEN TEMANGGUNG

**Dr. HENDRA SUMARYANA, M.T.**  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19720324199203 1 003



# **INSPEKTORAT KABUPATEN TEMANGGUNG**

**LAPORAN HASIL EVALUASI AKIP  
RSUD  
KABUPATEN TEMANGGUNG  
TAHUN 2025**

Nomor : R/146.LHE/700/003/VI/2025  
Tanggal : 12 Juni 2025

Jalan Jenderal Ahmad Yani Nomor 32 Temanggung Kode Pos 56216

Telepon (0293) 492422 Faximile (0293) 491040

Surat Elektronik : [temanggunginspektorat@gmail.com](mailto:temanggunginspektorat@gmail.com) Laman : [www.inspektorattemanggungkab.go.id](http://www.inspektorattemanggungkab.go.id)



**PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
INSPEKTORAT**

**LAPORAN HASIL EVALUASI AKIP  
RSUD  
KABUPATEN TEMANGGUNG  
TAHUN 2025**

**Nomor : R/146.LHE/700/003/VI/2025**  
**Tanggal : 12 Juni 2025**



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG  
**INSPEKTORAT**

Jalan Jenderal Ahmad Yani Nomor 32 Temanggung Kode Pos 56216  
Telepon (0293) 492422 Faximile (0293) 491040

Surat Elektronik : [temanggunginspektorat@gmail.com](mailto:temanggunginspektorat@gmail.com) Laman : [www.inspektorattemanggungkab.go.id](http://www.inspektorattemanggungkab.go.id)

Nomor : R/146.LHE/700/003/VI/2025  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Hal : Laporan Hasil Evaluasi AKIP  
RSUD Kabupaten Temanggung  
Tahun 2025

Temanggung, 12 Juni 2025

Kepada:

Yth. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)  
Kabupaten Temanggung  
di  
Temanggung

Dengan ini kami sampaikan Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025, dengan uraian sebagai berikut:

#### **A. PENDAHULUAN**

Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang selanjutnya disingkat 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, yang selanjutnya disingkat 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.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), kami telah melakukan evaluasi akuntabilitas kinerja pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Temanggung. Pelaksanaan evaluasi berpedoman pada Peraturan Menteri

Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Bupati Temanggung Nomor 37 Tahun 2022 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Temanggung.

Tujuan evaluasi adalah untuk mengetahui tingkat implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dalam mendorong peningkatan pencapaian kinerja yang tepat sasaran dan berorientasi hasil (*result oriented government*). Secara lebih rinci, sasaran evaluasi AKIP adalah: (a) memperoleh informasi mengenai implementasi SAKIP; (b) menilai tingkat implementasi SAKIP; (c) menilai tingkat akuntabilitas kinerja; (d) memberikan saran perbaikan untuk peningkatan AKIP; dan (e) memonitor tindak lanjut rekomendasi hasil evaluasi periode sebelumnya.

Ruang lingkup evaluasi akuntabilitas kinerja meliputi penilaian kualitas perencanaan kinerja, pengukuran kinerja berjenjang, pelaporan kinerja, evaluasi akuntabilitas kinerja internal, dan capaian kinerja atas *output* maupun *outcome* serta kinerja lainnya pada level perangkat daerah maupun unit kerja dibawahnya.

Pelaksanaan evaluasi AKIP menggunakan kombinasi metodologi kualitatif dan kuantitatif dengan mempertimbangkan kepraktisan dan kemanfaatan yang disesuaikan dengan tujuan evaluasi sehingga dapat menghasilkan rekomendasi untuk meningkatkan akuntabilitas kinerja. Evaluasi AKIP difokuskan pada kriteria-kriteria yang telah ditetapkan dengan tetap memperhatikan hasil evaluasi AKIP tahun sebelumnya.

**Data dan informasi yang digunakan dalam evaluasi merupakan data dan informasi terakhir yang digunakan dalam implementasi SAKIP saat evaluasi berjalan.** Isu penting yang menjadi fokus untuk diungkap melalui evaluasi AKIP ini, antara lain:

- a. Kualitas perencanaan kinerja yang selaras yang akan dicapai untuk mewujudkan hasil yang berkesinambungan;
- b. Pengukuran kinerja berjenjang dan berkelanjutan yang telah menjadi kebutuhan dalam penyesuaian strategi dalam mencapai kinerja;
- c. Pelaporan kinerja yang menggambarkan kualitas atas pencapaian kinerja, baik keberhasilan/kegagalan kinerja serta upaya perbaikan/penyempumaannya yang memberikan dampak besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya; dan
- d. Evaluasi akuntabilitas kinerja internal yang memberikan kesan nyata (dampak) dalam peningkatan implementasi SAKIP untuk efektifitas dan efisiensi kinerja;

Evaluasi AKIP memberikan simpulan hasil penilaian beberapa variabel, antara lain kriteria-kriteria yang ada dalam penerapan komponen-komponen manajemen kinerja yang meliputi perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, dan evaluasi akuntabilitas kinerja internal sebagai fakta obyektif unit kerja mengimplementasikan SAKIP. Komponen - komponen tersebut kemudian dituangkan dalam Lembar Kerja Evaluasi (LKE), sesuai dengan kriteria masing-masing komponen. Variabel-variabel tersebut, yaitu:

a. **Komponen**

Terdiri dari Perencanaan Kinerja, Pengukuran Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal.

b. **Sub-komponen**

Dibagi dengan gradasi Keberadaan, Kualitas, dan Pemanfaatan pada setiap komponen.

c. **Kriteria**

Merupakan gambaran kondisi yang perlu dicapai di setiap sub-komponen untuk dapat dinilai apakah kondisi tersebut sudah atau belum dicapai dan dapat digambarkan atau tidak.

LKE menyajikan komponen, sub-komponen, serta dilengkapi dengan kriteria penilaian, dengan bobot sebagai berikut:

**Tabel 1**  
**Penetapan Variabel dan Bobot Penilaian**

Komponen	Bobot Sub Komponen			Total Bobot
	Keberadaan	Kualitas	Pemanfaatan	
Perencanaan Kinerja	6	9	15	30
Pengukuran Kinerja	6	9	15	30
Pelaporan Kinerja	3	4,5	7,5	15
Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	0	0	25	25
Nilai AKIP	15	22,5	62,5	100

Berdasar data dan informasi yang dikumpulkan, LKE kemudian dianalisis, dan digunakan sebagai bahan dasar dalam menyusun Laporan Hasil Evaluasi (LHE). Variabel dalam LKE AKIP seperti pada lampiran LHE ini.

Penilaian dilakukan pada sub-komponen evaluasi AKIP, dan setiap sub-komponen dinilai berdasarkan pemenuhan kualitas dari kriteria. Sub-komponen akan dinilai dengan pilihan jawaban AA/BB/B/CC/C/D/E, jika kondisi atau gambaran kriteria sesuai dengan gradasi nilai sebagai berikut:

**Tabel 2**  
**Kondisi atau Gambaran Kriteria Sesuai dengan Gradasi Nilai**

AA (Bobot nilai 100)	Jika kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) dan terdapat upaya inovatif serta layak menjadi percontohan.
A (Bobot nilai 90)	Jika kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) dan terdapat beberapa upaya yang bisa dihargai dari pemenuhan kriteria tersebut.
BB (Bobot nilai 80)	Jika kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) sesuai dengan mandat kebijakan.
B (Bobot nilai 70)	Jika kualitas sebagian besar kriteria telah terpenuhi (>75%-100%).
CC (Bobot nilai 60)	Jika kualitas sebagian besar kriteria Telah terpenuhi (>50%-75%).
C (Bobot nilai 50)	Jika kualitas sebagian kecil kriteria telah terpenuhi (>25%-50%).
D (Bobot nilai 30)	Jika kriteria penilaian akuntabilitas kinerja telah mulai dipenuhi (>0%-25%).
E (Bobot nilai 0)	Jika sama sekali tidak ada upaya dalam pemenuhan kriteria penilaian akuntabilitas kinerja.

Setiap sub-komponen kriteria yang telah diberikan nilai dalam pemenuhan kriteria dilengkapi dengan catatan berupa keterangan beserta bukti daftar dokumen yang mendukung dan relevan. Nilai pada sub-komponen yang telah terisi akan terakumulasi sehingga diperoleh nilai total (hasil akhir) di setiap komponen.

Nilai hasil akhir dari penjumlahan komponen-komponen memberikan gambaran tingkat AKIP, dengan kategori predikat sebagai berikut:

**Tabel 3**  
**Predikat dan Interpretasi**

Predikat	Interpretasi
AA (Nilai > 90 – 100)	Sangat Memuaskan
A (Nilai > 80 – 90)	Memuaskan
BB (Nilai > 70 – 80)	Sangat Baik

Predikat	Interpretasi
B (Nilai > 60 – 70)	Baik
CC (Nilai > 50 – 60)	Cukup (Memadai)
C (Nilai > 30 – 50)	Kurang
D (Nilai > 0 – 30)	Sangat Kurang

Untuk menjaga obyektivitas dalam penilaian, dilakukan revidi secara berjenjang atas proses dan hasil evaluasi dari tim evaluator.

## B. PENILAIAN KINERJA ORGANISASI TAHUN SEBELUMNYA

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 22 Tahun 2024 tentang Penilaian Kinerja Organisasi mengamanatkan pemerintah daerah untuk melakukan penilaian kinerja unit organisasi. Penilaian Kinerja Organisasi yang selanjutnya disingkat PKO adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan pencapaian pelaksanaan program atau kegiatan atau aktivitas dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi. Laporan hasil PKO menjadi satu kesatuan dengan laporan hasil evaluasi implementasi akuntabilitas Pemerintah entitas akuntabilitas kinerja.

PKO dilakukan dengan memperhatikan 2 (dua) hal, yaitu Capaian Perjanjian Kinerja (PK) dan Nilai Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Capaian PK merupakan hasil pengukuran terhadap kinerja Entitas Akuntabilitas Kinerja Unit Organisasi setiap tahunnya yang dituangkan dalam laporan kinerja. Entitas Akuntabilitas Kinerja Unit Organisasi adalah unit instansi pemerintah yang melakukan pencatatan, pengolahan, pengikhtisaran, dan pelaporan data kinerja. Hasil evaluasi AKIP merupakan hasil evaluasi yang diterbitkan oleh Inspektorat setiap tahunnya.

Dengan memperhatikan prinsip PKO yaitu berorientasi hasil serta mempertimbangkan koreksi terhadap anomali capaian kinerja unit kerja, maka dilakukan normalisasi capaian perjanjian kinerja sebagaimana ketentuan berikut:

- (i) Jika capaian kinerja setiap indikator >110% maka akan dinormalisasi menjadi 110%; dan
- (ii) Jika capaian kinerja setiap indikator ≤110% maka tidak dilakukan normalisasi.

Setelah normalisasi capaian PK dilakukan terhadap masing masing indikator maka hasil normalisasi tersebut dikoreksi dengan memperhatikan predikat AKIP. Predikat AKIP menjadi faktor koreksi besaran capaian PK. Semakin tinggi predikat AKIP menunjukkan bahwa manajemen kinerja organisasi semakin baik, sehingga semakin tinggi pula capaian

PK yang diakui. Sebaliknya, semakin rendah predikat AKIP semakin rendah pula capaian PK yang diakui sebagaimana yang tertera pada tabel berikut:

**Tabel 4.**  
**Koreksi Capaian Perjanjian Kinerja Berdasarkan Predikat AKIP**

Predikat AKIP	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Rumus PKO
AA	0%	100% X %CAPAIAN PK
A		
BB	10%	90% X %CAPAIAN PK
B	15%	85% X %CAPAIAN PK
CC	20%	80% X %CAPAIAN PK
C	30%	70% X %CAPAIAN PK
D		

Selanjutnya akan diperoleh nilai akhir capaian PK yang merupakan hasil perkalian normalisasi capaian PK dengan hasil pengurangan 100% dan koreksi capaian PK berdasarkan predikat AKIP. Total capaian PK merupakan hasil penjumlahan seluruh nilai akhir capaian PK pada setiap indikator kinerja. Nilai kinerja organisasi (NKO) merupakan hasil penghitungan dari total capaian perjanjian kinerja dibagi dengan jumlah indikator kinerja. Hasil NKO dikelompokkan menjadi 5 (lima) predikat, yaitu 1) Sangat Kurang; 2) Kurang; 3) Butuh Perbaikan; 4) Baik; dan 5) Istimewa dengan rincian sesuai tabel berikut.

**Tabel 5.**  
**Predikat PKO**

Nilai Kinerja Organisasi (NKO)	Predikat PKO
$NKO > 100\%$	Istimewa
$80\% < NKO \leq 100\%$	Baik
$60\% < NKO \leq 80\%$	Butuh Perbaikan
$20\% < NKO \leq 60\%$	Kurang
$0\% \leq NKO \leq 20\%$	Sangat Kurang

Selanjutnya, setiap predikat PKO memiliki makna yang menggambarkan tingkatan kualitas capaian kinerja organisasi. Terjemahan pada setiap predikat adalah sebagai berikut.

**Tabel 6.**  
**Interpretasi Predikat PKO**

<b>Predikat Kinerja Organisasi</b>	<b>Interpretasi</b>
Istimewa	Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja sudah sangat memuaskan dan di atas ekspektasi. Praktik baik ini dapat menjadi contoh bagi organisasi/unit lain.
Baik	Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja sudah sangat baik dan sesuai ekspektasi.
Butuh Perbaikan	Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja sudah cukup baik namun masih dibawah ekspektasi/target.
Kurang	Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja masih kurang dan masih dibawah ekspektasi/target.
Sangat Kurang	Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja masih sangat kurang dan dibawah ekspektasi/target.

Hasil PKO RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2024 menunjukkan nilai sebesar 85,00% dengan predikat "Baik". Predikat tersebut menggambarkan Tingkat implementasi manajemen kinerja dan capaian kinerja sudah sangat baik dan sesuai ekspektasi. Perhitungan hasil penilaian kinerja organisasi tersebut adalah sebagai berikut:

**Tabel 7.**  
**HASIL PENILAIAN KINERJA ORGANISASI (PKO) TAHUN 2024**  
**RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG**

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Normalisasi Capaian Perjanjian Kinerja	Koreksi Normalisasi Capaian PK berdasarkan Predikat AKIP	Nilai Akhir Capaian PK
1	2	3	4	5	6	7	8	9 (7 x (100%-8))
1	Terwujudnya Pelayanan kesehatan yang bermutu	Cakupan nilai akreditasi RSUD	100%	100%	100%	100%	15%	85,00%
Total Capaian Perjanjian Kinerja								85,00%
Nilai Kinerja Organisasi (NKO) atau Rata-rata Capaian Perjanjian Kinerja								85,00%
Predikat Penilaian Kinerja Organisasi (PKO)							Baik	

### C. HASIL EVALUASI AKIP

Hasil evaluasi atas akuntabilitas kinerja RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025 menunjukkan nilai sebesar 71,65 dengan predikat "BB". Hal tersebut menunjukkan bahwa implementasi akuntabilitas kinerja "Sangat Baik". Dimana kualitas seluruh kriteria telah terpenuhi (100%) sesuai dengan mandat kebijakan. Rincian hasil evaluasi per komponen yaitu sebagai berikut:

Tabel 8.  
Hasil Evaluasi AKIP

Komponen yang dinilai	Bobot	Nilai	
		2024	2025
a. Perencanaan Kinerja	30	23,70	21,90
b. Pengukuran Kinerja	30	22,20	21,00
c. Pelaporan Kinerja	15	10,80	11,25
d. Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25	12,50	17,50
<b>Nilai Hasil Evaluasi</b>	<b>100</b>	<b>69,20</b>	<b>71,65</b>
<b>Tingkat Akuntabilitas Kinerja</b>		<b>B</b>	<b>BB</b>

Penjelasan lebih lanjut atas hasil evaluasi akuntabilitas kinerja pada RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2025 sebagai berikut:

#### 1. Komponen Perencanaan Kinerja

Dari segi perencanaan kinerja terdapat beberapa catatan sebagai berikut:

- a. Renstra belum menjabarkan isu strategis
- b. Ukuran Keberhasilan (Indikator Kinerja) belum sepenuhnya memenuhi kriteria SMART-C (*specific, measurable, achievable, relevan, timebound - continuously improved*), cukup untuk dapat mengukur kinerja dan berorientasi hasil sebagai berikut:
  - 1) Pada Restra dan Renja RSUD kabupaten Temanggung terdapat tujuan Perangkat Daerah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang tidak memiliki indikator tujuan,
  - 2) Tidak memiliki sasaran dan indikator sasaran perangkat daerah pada dokumen renstra.
  - 3) Indikator kinerja indeks keluarga sehat tidak selaras dengan tupoksi yang dilaksanakan oleh RSUD dimana Indeks keluarga sehat dihitung berdasarkan 12 indikator kesehatan keluarga yang meliputi:

- a) keluarga mengikuti program KB;
  - b) Ibu melahirkan di fasilitas kesehatan;
  - c) Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap;
  - d) Bayi mendapatkan ASI eksklusif;
  - e) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan;
  - f) Penderita TB mendapatkan pengobatan sesuai standar;
  - g) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur;
  - h) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan;
  - i) Anggota keluarga tidak ada yang merokok;
  - j) Keluarga menjadi anggota JKN;
  - k) Keluarga memiliki akses air bersih;
  - l) Keluarga memiliki akses jamban sehat.
- 4) Indikator cakupan akreditasi rumah sakit belum sepenuhnya selaras dengan indikator di atasnya yaitu indeks keluarga sehat karena dalam akreditasi rumah sakit, elemen yang dinilai meliputi manajemen rumah sakit, pelayanan berfokus pada pasien, keselamatan pasien, dan program nasional. Penilaian ini dilakukan dengan melihat kepatuhan rumah sakit terhadap standar yang telah ditetapkan, termasuk tata kelola rumah sakit, manajemen fasilitas dan keselamatan, akses dan keberlangsungan pelayanan, serta sasaran keselamatan pasien;
- 5) Indikator pada kegiatan Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk UKM dan UKP Kewenangan Daerah Kabupaten/Kota yaitu prosentase alat kesehatan/alat penunjang medik fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan belum sepenuhnya cukup untuk dapat mengukur kinerja, hasil/outcome yang diharapkan dari pembelian alat penunjang medik tersebut dan tidak sekedar pemenuhan.
- c. Telah terdapat dokumen cascading, pohon kinerja tetapi belum menggambarkan Cascading, Pohon kinerja, Dokumen perencanaan (Renstra, Renja) yang memiliki keselarasan dengan cascading-nya sesuai dengan Permenpan 89/2021 tentang Penjenjangan Kinerja.
- d. Diagram crosscutting belum sepenuhnya sesuai, karena belum memberikan informasi tentang hubungan kinerja, strategi, kebijakan bahkan aktivitas antar bidang/ dengan tugas dan fungsi lain yang berkaitan (crosscutting)

Demikian disampaikan hasil evaluasi AKIP sebagai penerapan manajemen kinerja. Evaluasi AKIP RSUD Kabupaten Temanggung telah dilaksanakan sesuai dengan Standar Audit Intern Pemerintah Indonesia. Kami menghargai upaya yang telah dilakukan dalam implementasi SAKIP di RSUD Kabupaten Temanggung. Terhadap hasil evaluasi yang telah disampaikan, Kami mengharapkan agar Saudara beserta seluruh jajaran memberikan perhatian yang lebih besar pada upaya implementasi SAKIP di lingkungan unit kerja Saudara dan menindaklanjuti rekomendasi yang telah kami sampaikan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

INSPEKTUR  
KABUPATEN TEMANGGUNG,  
  
KRISTRI WIDODO, M.Si.  
Pembina Utama Muda  
NIP. 196612111994031005

**CATATAN HASIL EVALUASI  
ATAS AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
RSUD KABUPATEN TEMANGGUNG TAHUN 2025**

Uraian Catatan Hasil Evaluasi		Bobot	Nilai	Rekomendasi
<b>RENCANAAN KINERJA</b>		<b>30,00</b>	<b>21,90</b>	
<b>1.a</b>	<b>Aspek keberadaan</b>	<b>6,00</b>	<b>6,00</b>	
1	Terdapat Renstra RSUD Kabupaten Temanggung Tahun 2024-2026			sesuai
2	Terdapat Perencanaan Kinerja Jangka Pendek (Renja) RSUD Tahun 2025, 2024, 2023,2022,2021			sesuai
3	Terdapat Rencana Aksi RSUD Tahun 2025, 2024, 2023,2022,2021			sesuai
4	Telah Terdapat DPA Tahun 2025,2024,2023,2022,2021, DPA sekretariat Daerah 4.01.0.00.000.01.0000			sesuai
<b>1.b</b>	<b>Aspek Kualitas</b>	<b>9,00</b>	<b>5,40</b>	
1	Renstra dan Renja tahun berjalan telah dilengkapi tanda tangan, stempel dan tanggal pengesahan.			sesuai
2	Renstra dan Renja tahun berjalan telah diunggah di website resmi yang mudah diakses publik, website resmi yang dapat diunggah publik adalah rsud.temanggungkab.go.id Renstra disahkan pada tanggal 14 April 2023 024 diupload dalam rsud.temanggungkab.go.id			sesuai
3	Renstra belum menjabarkan isu strategis			Melakukan evaluasi terkait Isu Strategis pada Renstra dan Renja (Dokumen Perencanaan) agar lebih menggambarkan kebutuhan atas kinerja yang ingin dicapai setiap unit
4	Keputusan Bupati Temanggung Nomor 050/ 741 Tahun 2024 Tentang Perubahan Atas Keputusan Bupati Temanggung Tentang Penetapan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2024-2026 dimana IKU Cakupan nilai akreditasi RSUD telah cukup menggambarkan hasil yang ingin dicapai mencakup sasaran keselamatan pasien, standar pelayanan berfokus pasien, standar manajemen rumah sakit, program nasional dan integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan di rumah sakit, tetapi belum menggunakan kalimat meningkatnya			sesuai

5	<p>1. Pada Renstra dan renja RSUD kabupaten Temanggung terdapat Tujuan Perangkat daerah Meningkatnya derajat Kesehatan masyarakat dengan Tidak memiliki indikator tujuan,</p> <p>2. Tidak memiliki sasaran dan indikator perangkat daerah pada dokumen renstra</p> <p>3. Pada Renja sasaran meningkatnya kesehatan keluarga dengan indikator kinerja indeks keluarga sehat Tidak selaras dengan tupoksi yang dilaksanakan oleh RSUD dimana indeks keluarga sehat dihitung berdasarkan 12 indikator kesehatan keluarga yang meliputi Keluarga mengikuti program KB. Ibu melahirkan di fasilitas kesehatan, Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap, Bayi mendapatkan ASI eksklusif, Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, Penderita TB, mendapatkan pengobatan sesuai standar, Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur, Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan, Anggota keluarga tidak ada yang merokok, Keluarga menjadi anggota JKN, Keluarga memiliki akses air bersih, Keluarga memiliki akses jamban sehat. (bagaimana rumah sakit akan mengukurnya)</p> <p>4. Indikator Cakupan Akreditasi Rumah Sakit Tidak selaras dengan indikator dilaksanakannya indeks keluarga sehat karena Dalam akreditasi rumah sakit, elemen yang dinilai meliputi manajemen rumah sakit, pelayanan berfokus pada pasien, keselamatan pasien, dan program nasional. Penilaian ini dilakukan dengan melihat kepatuhan rumah sakit terhadap standar yang telah ditetapkan, termasuk tata kelola rumah sakit, manajemen fasilitas</p>			<p>Melakukan evaluasi ukuran keberhasilan (indikator kinerja) yaitu dengan:</p> <p>a) Menambah Indikator Tujuan</p> <p>b) Menambahsasaran dan indikator sasaran pada dokumen perencanaan (PK)</p> <p>b) Mengubah satuan target indikator yang berupa predikat menjadi angka,</p> <p>d) Merumuskan indikator kinerja yang relevan dan spesifik untuk mengukur capaian kinerja</p>
6	IKU capaian akreditasi Capaian Sakit (%) telah menggambarkan kondisi Kinerja Utama dan telah keselarasan/konsistensi IKU program antara dokumen Perencanaan Jangka Menengah (Renstra) dengan dokumen perencanaan jangka pendek (Renja/PK).			sesuai
7	<p>Target dalam dokumen renja adalah sebagai berikut:</p> <p>1. Dapat dicapai, dimana target IKU Cakupan nilai akreditasi tahun 2024 dan 2025 adalah 100%, dan capaian IKU tahun 2025 adalah 100% (paripurna)</p> <p>2. Tidak menantang dimana target iku tahun 2024, tahun 2025 menggunakan predikat bukan angka 100 (paripurna) dan penilaian akreditasi dilaksanakan 3 tahun sekali</p>			sesuai
8	Telah terdapat dokumen cascading, pohon kinerja tetapi belum menggambarkan Cascading, Pohon kinerja, Dokumen perencanaan (Renstra, Renja) yang memiliki keselarasan dengan cascading-nya sesuai dengan Permenpan 89/2021 tentang Penjenjangan Kinerja.			Melakukan evaluasi pada Cascading sesuai dengan Permenpan 89 Tahun 2021 tentang Penjenjangan Kinerja yang mencantumkan keterangan Penjenjangan Kinerja dari masing eselon sampai dengan staf.
9	Diagram crosscutting belum sepenuhnya sesuai, karena belum memberikan informasi tentang hubungan kinerja, strategi, kebijakan bahkan aktivitas antar bidang/ dengan tugas dan fungsi lain yang berkaitan (crosscutting)			Melakukan evaluasi pohon kinerja yang menghasilkan informasi hubungan kinerja, strategi, kebijakan bahkan aktivitas antar bidang/tugas dan fungsi lain yang berkaitan (crosscutting) berkesinambungan serta selaras antara kondisi/hasil yang akan dicapai disetiap level jabatan
10	Perjanjian Kinerja Eselon 2 dan 3 tahun berjalan telah disahkan.			sesuai
11	Dokumen PK atau Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) seluruh pegawai yang telah disahkan.			sesuai
1.c	<b>Aspek Pemanfaatan</b>	15,00	10,50	

ah terdapat RKB dan DPA RSUD Kabupaten Temanggung			sesuai
gram/kegiatan dalam DPA telah selaras dengan indikator am Renja dan menggambarkan hubungan kausalitas (menjadi yebab terwujudnya tujuan dan sasaran) dan namun KAK dan icana aksi belum menunjukkan Aktivitas yang dilaksanakan ah mendukung kinerja yang ingin dicapai.			sesuai
Form 81 Evaluasi Hasil renja Triwulan (sesuai Premendagri /2017), rata rata capaian target kinerja kegiatan tercapai 100% Berdasarkan analisis pada LKJIP dan Renja, target indikator nerja tahun ini sama dengan target tahun sebelumnya .			sesuai
aporan monitoring dan evaluasi kinerja dilaksanakan melalui ipiran capaian kinerja pembangunan kabupaten temanggung ang didalamnya melakukan monitoring terkait faktor endorong, faktor penghambat, dan upaya pencapaian target inerja telah efektif mencapai kinerja			sesuai
Keputusan Bupati Temanggung Nomor 050/ 741 Tahun 2024 entang Perubahan Atas Keputusan Bupati Temanggung entang Penetapan Indikator Kinerja Utama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2024-2026 dan erencanaan jangka panjang , jangka menengah, tahunan, atau erjanjian kinerja yang disusun masih cukup efektif untuk ncapai tujuan			sesuai
elah terdapat Laporan Hasil Pendampingan Atas Pelaksanaan indak Lanjut Hasil Evaluasi AKIP Tahun 2024 Pada Rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Temanggung Nomor:R/40.LHP/700/003/11/2025 Tanggal 19 Februari 2025 erdapat 9 rekomendasi dan telah ditindaklanjuti 8 rekomendasi tau 88,88%			sesuai
onitoring dan evaluasi kinerja dilaksanakan melalui lapiran apaian kinerja pembangunan kabupaten temanggung yang idalamnya melakukan monitoring terkait faktor pendorong, faktor penghambat, dan upaya pencapaian target kinerja yang erisi hal hal yang perlu diperbaiki dan telah ditindaklanjuti			sesuai
Telah terdapat SKP yang selaras dengan PK			sesuai
<b>KURAN KINERJA</b>	<b>30,00</b>	<b>21,00</b>	
<b>Aspek keberadaan</b>	<b>6,00</b>	<b>4,20</b>	
definisi operasional, rumus dan cara ukur masing masing Indikator Kinerja terdapat dalam IKU yang ditetapkan sesuai dengan keputusan bupati temanggung			sesuai
Pedoman teknis atau Standar Operasional Prosedur (SOP) pengukuran kinerja dan pengumpulan data kinerja yang secara spesifik mengacu kepada indikator kinerja yang digunakan, yang digunakan pada sekretariat daerah yaitu:			sesuai
<b>Aspek Kualitas</b>	<b>9,00</b>	<b>6,30</b>	
rapat monev capaian kinerja triwulanan/semesteran yang dihadiri Kepala PD, dimana dalam notulen disampaikan bahwa pimpinan telah mengambil suatu kebijakan mempertimbangkan/didasarkan pada kondisi pengukuran kinerja			sesuai

	Data Kinerja untuk mengukur kinerja sesuai dengan rumus IKU adalah Jumlah standar yang mendapatkan nilai diatas 80 dibagi jumlah seluruh standar dikali 100% dengan menggunakan hasil evaluasi dan telah dilakukan monev oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna			sesuai
	telah terdapat mekanisme pengukuran dan pengumpulan data kinerja , cara perhitungan indikator terdapat dalam IKU dan perhitungan hasil dari indikator Jumlah standar yang mendapatkan nilai diatas 80 dibagi jumlah seluruh standar dikali 100%			sesuai
	Laporan IKPD dan Laporan Evaluasi Capaian Renja Triwulanan.			sesuai
	telah terdapat Dokumen Penilaian evaluasi kinerja eselon III dan IV yang sudah ditandatangani atasan (sampling).			sesuai
<b>2.c</b>	<b>Aspek Pemanfaatan</b>	<b>15,00</b>	<b>10,50</b>	
	telah terdapat Dokumen Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Daerah (LKjIP)			sesuai
	Telah terdapat monev triwulanan dan aktivitas yang dilakukan masih cukup efektif untuk mencapai target kinerja			sesuai
	telah terdapat 1. Dokumen perubahan anggaran (DPPA) 2. Laporan efisiensi penggunaan anggaran (dalam LKjIP)			sesuai
	Efisiensi anggaran dengan membandingkan rata-rata capaian kinerja RSUD Kabupaten Temanggung sebesar 100 % dengan realisasi keuangan sebesar 98,23% menunjukkan adanya efisiensi penggunaan dana sebesar 1,77%.			sesuai
	Hasil monev pengukuran kinerja telah ditindaklanjuti dan efektif mencapai target kinerja			sesuai
	1. Dokumen SKP yang selaras dengan kinerja PD. 2. Dokumentasi/Notulensi dialog kinerja monev progress kinerja.			sesuai
<b>PELAPORAN KINERJA</b>		<b>15,00</b>	<b>11,25</b>	
<b>3.a</b>	<b>Aspek keberadaan</b>	<b>3,00</b>	<b>2,10</b>	
	telah terdapat Dokumen Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Daerah (LKjIP)			sesuai
	telah terdapat Laporan Kinerja Triwulanan (Formulir E.81 - Laporan Evaluasi Hasil Pelaksanaan RENJA Triwulanan).			sesuai
	LKjIP yang telah ditandatangani oleh PJ Sekretaris Daerah dan , terdapat tanggal dan stempel resmi.			sesuai
	1. Dokumen Laporan Kinerja yang telah terupload pada Website Instansi/Perangkat Daerah <a href="https://ppid.temanggungkab.go.id/frontend">https://ppid.temanggungkab.go.id/frontend</a> 2. Dokumen Laporan Kinerja yang telah terupload pada ESR KemenpanRB.			Mengunggah Dokumen Laporan Kinerja (LkjIP) pada website resmi RSUD Kabupaten Temanggung maksimal 31 Maret.

1. Dokumen Laporan Kinerja yang telah terupload pada Website Instansi/Perangkat Daerah <a href="https://ppid.temanggungkab.go.id/frontend">https://ppid.temanggungkab.go.id/frontend</a> pada tanggal 23/04/2025 2. Dokumen Laporan Kinerja yang telah terupload pada ESR KemenpanRB.			sesuai
<b>Aspek Kualitas</b>	<b>4,50</b>	<b>3,15</b>	
LKjIP yang menggunakan sistematika sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB Nomor 53 Tahun 2014.			sesuai
LKjIP Bab 3-Akuntabilitas Kinerja telah menunjukkan adanya Pencapaian Kinerja dan Anggaran di setiap Sasaran Strategis.			sesuai
1. Dokumen pelaporan kinerja telah melaporkan kinerja yang diperjanjikan sesuai dengan PK. 2. Perbandingan realisasi kinerja tahun ini dengan tahun sebelumnya (BAB III LKjIP).			sesuai
LKjIP Bab 3telah menyajikan perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah (RENSTRA tahun terakhir).			sesuai
LKjIP Bab 3 telah menyajikan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja tahun-tahun sebelumnya (minimal 2 tahun terakhir).			sesuai
LKjIP Bab 3 belum menyajikan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level Regional/Nasional/Internasional/lokal.			LKjIP Bab 3 agar menyajikan perbandingan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level Regional/Nasional/Internasional/lokal.
LKjIP Bab 3 atau 4 telah menyajikan kualitas atas capaian kinerja beserta upaya nyata dan/atau hambatanya.			sesuai
LKjIP Bab 3 telah menyajikan akuntabilitas keuangan yang menjelaskan adanya efisiensi atas penggunaan sumber daya.			sesuai
Laporan Kinerja Bab 3 telah menyajikan analisis keberhasilan/kegagalan/ solusi/perbaikan dan penyempurnaan kinerja ke depan.			sesuai
<b>Aspek Pemanfaatan</b>	<b>7,50</b>	<b>6,00</b>	
Penyusunan Laporan Kinerja dilaksanakan melalui rapat dan telah membahas aspek yang dibahas juga mencakup data-data capaian kinerja dan analisisnya terkait kendala dan langkah-langkah ke depan. Pimpinan mengerjakan strategi dalam melaksanakan dialog kinerja rutin sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi kinerja.			sesuai
telah terdapat forum yang membahas mengenai informasi capaian kinerja. Berdasarkan informasi dari laporan kinerja perlu melakukan forum atau diskusi yang berimpact pada pegawai dalam: 1. melakukan penyusunan PK sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB Nomor 53 Tahun 2014; dan 2. melakukan penyusunan SKP sesuai dengan Peraturan Menteri PANRB Nomor 6 tahun 2022.			sesuai
Laporan Monev Triwulanan yang menyajikan rencana aksi sesuai dengan informasi pada laporan kinerja.			sesuai

RBA Perubahan			sesuai
LKJIP Bab 3 yang menyajikan analisis keberhasilan dan kegagalan kinerja.			sesuai
LKJIP Bab 3 atau 4 telah menyajikan rekomendasi atau upaya perbaikan ke depan.			sesuai
implementasi ASN berakhlak dengan 1. semua Pegawai tepat waktu menyampaikan SPT tahunan dan LHKPN 2. RSUD menerima penghargaan RSUD Kabupaten Temanggung mendapatkan Piagam Penghargaan Atas Kontribusinya Terhadap Penyampaian Inovasi Daerah Kabupaten Temanggung Terbanyak II dan Pengelola Website Resmi Pemerintah Daerah dengan Kunjungan Terbanyak pada puncak acara Peringatan Hari Antikorupsi Sedunia (Hakordia) Kabupaten Temanggung Tahun 2024 3. telah melaksanakan TL. penanganan pengaduan/respon terkait pengaduan 4. terdapat kampanye antikorupsi 5. terdapat maklumat pelayanan 6. Telah melaksanakan inovasi sebagai berikut: a. e-Report IKP: Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Berbasis Aplikasi b. Forti-PreMILK: Fortifikasi ASI untuk Meningkatkan Berat Badan Bayi Prematur di Ruang PICU NICU RSUD Temanggung c. e-TraceMed : Pencatatan dan Pelaporan penggunaan Alat Kedokteran berbasis Barcode di RSUD d. Si Tangkas "Strategi Intervensi Turunkan Angka Stunting" e. POS Teko, Lara Lunga Inovasi Instalasi Farmasi Rawat Jalan RSUD Kab. Temanggung f. Kolak Pisang Gendis Menuju Rumah Sakit Ramah Lingkungan			sesuai
Pelaporan Kinerja telah memberikan dampak yang besar dalam penyesuaian strategi/kebijakan dalam mencapai kinerja berikutnya			sesuai
<b>UASII AKUNTABILITAS KINERJA INTERNAL</b>	<b>25,00</b>	<b>17,50</b>	
<b>Aspek Pemanfaatan</b>	<b>25,00</b>	<b>17,50</b>	
Matriks tindaklanjut dan bukti dukung yang menunjukkan bahwa rekomendasi atas Laporan Hasil Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Tahun 2024 Nomor R/199. LHE/700/003/VII/2024 tanggal 24 Juli 2024 telah 88,88% selesai ditindaklanjuti (Minimal 75% sudah ditindaklanjuti) dan Laporan Hasil Pendampingan Atas Pelaksanaan Tindak Lanjut Hasil Evaluasi AKIP Tahun 2024 Pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Temanggung Nomor:R/40.LHP/700/003/II/2025 Tanggal 19 Februari 2025 terdapat 9 rekomendasi dan telah ditindaklanjuti 8 rekomendasi atau 88,88%			sesuai
Nilai Evaluasi AKIP RSUD meningkat dimana pada Tahun 2023 nilai 67,95 dan pada tahun 2024 meningkat menjadi 69,20 dengan predikat baik			sesuai
Akuntabilitas kinerja semakin baik dengan melaksanakan tindak lanjut rekomendasi pada LHE AKIP dan terdapat perubahan IKU			sesuai

Capaian realisasi anggaran disetiap program/kegiatan dan sasaran strategis dapat menggambarkan efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran, dimana realisasi keuangan sebesar 98,23% menunjukkan adanya efisiensi penggunaan dana sebesar 1,77% dengan Jumlah Anggaran Belanja Daerah di lingkungan RSUD Kabupaten Temanggung tahun Anggaran 2024 berjumlah Rp.206.116.135.917,- komposisi anggaran belanja tidak langsung sebesar Rp. 29.518.008.322,- dan anggaran belanja langsung sebesar Rp.176.598.127.595,-. Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2024			sesuai
Capaian kinerja semakin meningkat dengan melaksanakan atau menindaklanjuti hasil evaluasi akuntabilitas kinerja internal tahun lalu			sesuai
<b>NILAI</b>		<b>71,65</b>	<b>BB</b>

Komponen	Bobot	Nilai	Predikat
Perencanaan Kinerja	30,00	21,90	
Pengukuran Kinerja	30,00	21,00	
Pelaporan Kinerja	15,00	11,25	
Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Internal	25,00	17,50	
<b>Nilai Akuntabilitas Kinerja</b>	<b>100,00</b>	<b>71,65</b>	<b>BB</b>
<b>SANGAT BAIK</b>			

**DIREKTUR RSUD**

**KABUPATEN TEMANGGUNG**



**dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes**

Pembina Tingkat I

NIP. 19700401 200312 2 010

Temanggung, Juni 2025

Tim Evaluator:

1. Yuni Wulansari, S.Sos., M.M.

NIP. 19800627 200312 2 003

2. Nur Hidayat, S.sos., M.A., M.AP.

NIP.197210231998031008

3. Yuliana Irawati, S.E., M.M.

NIP. 198207202005012012

4. Gilar Grahani, S.E.

NIP. 199306132022022001

5. Oulia Ade Irma Hanantia, A.Md.Ak.

NIP.199801152020122002

6. Rahmat Mahendra, A.Md.Ak.

NIP. 199911122023031001