



2. Daftar Hadir



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD SITI FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN

Jalan Kolonel Haji Barlian Kilometer 6 Palembang
 Telepon (0711) 5718883 / 5718889 Faksimile (0711) 7421333 Kode Pos 30151
 Laman: <http://rsud.sumselprov.go.id/> Pos-El: rsudprovsumsel@gmail.com



DAFTAR HADIR
RSUD SITI FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN

Hari/ Tanggal : Jumat/ 23 Januari 2026
 Pukul : 08.00 WIB s.d selesai
 Tempat : Ruang Rapat Wadir Umum dan Keuangan RSUD Siti Fatimah
 Provinsi Sumatera Selatan
 Acara : Desk Pembahasan Rencana Aksi Tahun 2025, Capaian Kinerja
 Desember 2025 dan Rencana Aksi Tahun 2026

No	Nama NIP	Jabatan	Tanda Tangan
1	2	3	4
1.	Dicty Herwansyah, S.St.Pi	Kabag. Perencanaan	1.
2.	Umu Ajitah, SE, M.Si	Kasub. Evapor.	2.
3.	Nurhas.	Kasub. Keselamatan	3.
4.	Siska Anggraeni	Kori. Riset Kusus	4.
5.	Fuliz Ariati.	Kari. Bel. Farmasi Lain	5.
6.	Leang Sidiyasa	Kari. Kewas. Inag	6.
7.	Rangga M	Pit. Kase. Obat & BHTH	7.
8.	Aldino Alki	Kabid. Pel. Kefarmasian	8.
9.	Edi Irawan	Kabag. Organisasi	9.
10.	Rahmawati Asmaya	Keb. KL & Anjab	10.
11.	M Teguh	Krb. Pembinaan SDM	11.
12.	Harini Zaki	Krb. Pembinaan Inag	12.



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD SITI FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN

Jalan Kolonel Haji Barlian Kilometer 6 Palembang
Telepon (0711) 5718883 / 5718889 Faksimile (0711) 7421333 Kode Pos 30151
Laman: <http://rsud.sumselprov.go.id/> Pos-E: rsudprovsumsel@gmail.com



No	Nama NIP	Jabatan	Tanda Tangan
1	2	3	4
13.	radrah	Ksb ABM SSM	13.
14.	Dr. Idris	Plh. Karubay P. Puduh	14.
15.	Imelda. Sulfin	Kanb. Pmr. Mita	15.
16.	Yunusvi	Kasab Humas	16.
17.	Doni Wijayati	Kasab peng. dan media	17.
18.	Ipa Aryani	Kab. Palatih	18.
19.	Arfanyu. W	Kfb. Pendidikan	19.
20.	Wiska WEF	Kasab. Smp. dan media	20.
21.		Kasab. peng. dan media	21.
22.	Dosi Kurnati	Kasab. Promkes	22.
23.	Elda Susuiba	Staf Promkes	23.
24.	Yeyen Isarati	Smp. dan media	24.
25.	Yogi Sahranto	Kasab. Pendidikan	25.
26.	Nadia. P. F	Petugas. Media	26.
27.	Achmad Saprawi	Kasab. Rumah Taz. n	27.
28.	Kemas Ahmad Afandi	Kasab. Pemantauan	28.



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA SELATAN
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RSUD SITI FATIMAH PROVINSI SUMATERA SELATAN



Jalan Kolonel Haji Barlian Kilometer 6 Palembang
Telepon (0711) 5718883 / 5718889 Faksimile (0711) 7421333 Kode Pos 30151
Laman: <http://rsud.sumseiprov.go.id/> Pos-El: rsudprovsumsel@gmail.com

No	Nama NIP	Jabatan	Tanda Tangan
1	2	3	4
29.	Adlan Hawari Dewantara, S.Pi	Kasub. Anggaran	29.
30.	Nadhia Chairunisya, SE	staf Bag. Evapor	30.
31.	Lulu Novera Sari	Staf Perencanaan	31.
32.	Zulkurnan	Staf Perencanaan	32.
33.	Sefri Adriansyah, SE	Staf Bag. Evapor	33.
34.	Erdi Yuniarayah	staf Perencanaan & Program	34.
35.	dr. Yuliani	Kasub RJ & L6D	35.
36.	Greka	Kasub Rawat Klien	36.
37.	Mertin Yulisa Lersamin	Staf Anggaran	37.
38.	Jeni	Kasubbag RI	38.
39.	dr. Ade	Karie Pj Diagnostik	39.
40.	Danul Udwan	Karie Pj Thery	40.

Kasubbag. Evaluasi dan Pelaporan
RSUD Siti Fatimahb Prov. Sumatera Selatan

Umu Ajizah, SE., M.Si
Pembina (IV/a)
NIP 197712101998022001

3. Dokumentasi



4. Rencana Aksi Kinerja Tahun 2025 dan Capaian Renaksi Tahun 2025 serta renaksi tahun 2026 (Terlampir)

RENCANA AKSI KINERJA DAN CAPAIAN RENCANA AKSI KINERJA RSUD SITI FATIMAH TAHUN 2025

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
DIREKTUR										
1	Meningkatnya Standarisi Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di RSUD Siti Fatimah	%	Sebagai tolak ukur kinerja dalam menentukan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah menggunakan Indikator sesuai Peraturan Gubernur Nomor 44 Tahun 2018	Jumlah capaian indikator SPM / total indikator SPM yang diukur x 100%	86	89.84	104.47	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan kesehatan Masyarakat	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11E2XtFZR4ZZZY-wlt3amiDbLzb5awl3L
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penanganan Jantung	Tingkat Strata Pelayanan Jantung	Predikat	Tingkat strata pelayanan jantung mencakup tiga tingkatan, yaitu : 1. Strata Madya : Menyediakan layanan non - bedah seperti kateterisasi dan intervensi invasif sederhana 2. Strata Utama : Menyediakan layanan bedah jantung terbuka dan intervensi invasif yang lebih kompleks 3. Strata Paripurna : Menyediakan layanan jantung terpadu dan canggih yang mencakup berbagai aspek kesehatan jantung, termasuk rehabilitasi dan kardiologi pediatrik.	Tingkat Strata Kompetensi Pelayanan di RS Online Kemenkes	Dasar	Madya	100%	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan kesehatan Masyarakat	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11E2XtFZR4ZZZY-wlt3amiDbLzb5awl3L
3	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di RSUD Siti Fatimah	Nilai	Hasil survey kepuasan masyarakat secara Independen, atas kualitas pelayanan Rumah Sakit	Hasil survey kepuasan masyarakat secara Independen	85	89.21	104.95	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11E2XtFZR4ZZZY-wlt3amiDbLzb5awl3L
4	Meningkatnya Pendapatan BLUD Rumah Sakit	Jumlah Pendapatan BLUD Rumah Sakit	Rupiah	Merujuk pada pengelolaan pendapatan Badan layanan Umum Daerah (BLUD) yang mencakup berbagai sumber pendapatan, seperti imbalan jasa layanan, hibah, dan kerjasama dengan pihak ketiga	Menggunakan metode kuantitatif untuk menghitung pendapatan berdasarkan data keuangan yang ada	123 M	161,93 M	131.65 M	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11E2XtFZR4ZZZY-wlt3amiDbLzb5awl3L
5	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Penilaian SAKIP	Nilai	Mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan penilaian kinerja instansi pemerintah	Hasil penilaian Tim Evaluator AKIP Provinsi Sumatera Selatan	73	80.59	110	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11E2XtFZR4ZZZY-wlt3amiDbLzb5awl3L
WAKIL DIREKTUR PELAYANAN										
1.1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase pemenuhan pelayanan medis sesuai standar	%	persentase tingkat kepatuhan pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit terhadap standar pelayanan medis yang berlaku, meliputi standar profesi, standar prosedur operasional (SPO), pedoman yang telah ditemukan		100				
		Pemenuhan standar Akreditasi rumah sakit	Predikat	Tingkat pemenuhan rumah sakit terhadap elemen penilaian standar akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan	(Total setiap persentase indikator/indikator yang dihitung atau dinilai) x 100%	Paripurna				

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
		Tercapainya Indikator Statistik Pelayanan Keperawatan	Dokumen	Persentase pencapaian indikator statistik pelayanan keperawatan yang mencerminkan mutu dan efisiensi pelayanan keperawatan di rumah sakit, yang meliputi : AVLOS, BOR, TOI, NDR, BTO dan GDR	$BOR = ((\text{Jumlah hari perawatan}) / (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam periode})) \times 100\%$ $AVLOS = \text{Jumlah lama dirawat (hari)} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}$ $TOI = (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari}) - \text{jumlah hari perawatan} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}$ $BTO = \text{Jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)} / \text{Jumlah tempat tidur}$ $NDR = (\text{Jumlah pasien meninggal} \geq 48 \text{ jam} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}) \times 100\%$ $GDR = (\text{Jumlah seluruh pasien meninggal} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}) \times 100\%$	88	94.41	107%	Pengadaan Alkes	
		Persentase capaian SPM pelayanan kefarmasian	Predikat	Persentase tingkat pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan kefarmasian di rumah sakit, yang menggambarkan pemenuhan aspek ketersediaan, keamanan, mutu, dan ketepatan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.	Jumlah indikator SPM pelayanan kefarmasian yang mencapai standar / jumlah seluruh indikator SPM pelayanan kefarmasian x 100%	91	91	100	Pemeliharaan alkes APBD, PP ALkes	
1.2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Jantung sesuai Standar	Pemenuhan Stratifikasi Layanan Jantung (KMKRI HK.01.07/MENKES/1277/2024)	Predikat	pemenuhan rumah sakit terhadap persyaratan stratifikasi layanan jantung sesuai dengan kelas rumah sakit		100				

WAKIL DIREKTUR PENUNJANG

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
2.1	Peningkatan Kualitas Pelayanan Jantung sesuai Standar	Tingkat Pemenuhan Pelayanan Jantung sesuai Standar	Predikat	Tingkat strata pelayanan jantung mencakup tiga tingkatan, yaitu : 1. Strata Madya : Menyediakan layanan non - bedah seperti kateterisasi dan intervensi invasif sederhana 2. Strata Utama : Menyediakan layanan bedah jantung terbuka dan intervensi invasif yang lebih kompleks 3. Strata Paripurna : Menyediakan layanan jantung terpadu dan canggih yang mencakup berbagai aspek kesehatan jantung, termasuk rehabilitasi dan kardiologi pediatrik.	Tingkat Strata Kompetensi Pelayanan di RS Online Kemenkes	Dasar	Madya	100%	Program Pemenuhan penunjang pelayanan jantung sesuai standar	https://drive.google.com/drive/folders/1ZafvXeAiwxdADTj0eL2tNsWerwsIA4VZ7usp=drive_link
	Meningkatnya Standar Pelayanan Mutu Penunjang Diagnosa dan Terapi	Persentase Standar Pelayanan Mutu Penunjang Diagnosa dan Terapi	%	Mencakup laporan SPM di Instalasi laboratorium, instalasi radiologi dan instalasi rehabilitasi medik.	Jumlah laporan SPM Instalasi yang terkumpul tepat waktu / Jumlah laporan SPM Instalasi yang seharusnya dikumpulkan x 100%	91	91	100%	PPK Penunjang Medik	https://drive.google.com/drive/folders/1mfVidQVKrGAABsY3UGB4aVTE_e6ecFi?usp=drive_link
	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rekam Medik, Promosi, dan Edukasi	Persentase capaian SPM pelayanan rekam medik	%	Persentase pemenuhan Indikator mutu pelayanan rekam medik yang dilaksanakan oleh Instalasi Rekam Medik dan dikoordinasikan oleh Seksi Rekam Medik sesuai standar mutu dan kebijakan rumah sakit.	(Jumlah indikator SPM rekam medik yang tercapai / Jumlah seluruh indikator SPM rekam medik) x 100%	80	92%	92%	- Peningkatan mutu pengelolaan rekam medik- Koordinasi dan pengendalian mutu pelayanan rekam medik - Monitoring dan evaluasi kinerja instalasi rekam medik - Pembinaan dan peningkatan kompetensi SDM rekam medik	laporan tahunan rekam medis, https://drive.google.com/drive/folders/1zVLwWY6FwaRYPc9HgC3U7YUD-s6svxv2?usp=drive_link
		Persentase peningkatan pelayanan promosi dan edukasi	%	mencakup laporan penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	Jumlah laporan penyelenggaraan edukasi	1	12	100	Penyelenggaraan promosi kesehatan	https://drive.google.com/drive/folders/1hQGpSSh1zMH14aTCVxxkb_73XNHrjVFEs?usp=sharing
	Meningkatnya Pemenuhan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar	Persentase pemenuhan sarana dan prasarana	%	mencakup laporan monitoring dan evaluasi sarana dan prasarana medik berupa hasil pemantauan, penilaian dan tindak lanjut	Jumlah laporan monitoring dan evaluasi sarana dan prasarana medik yang disusun dan dilaporkan	1	1	100	Pemenuhan sarpras medik	

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
		Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan alat Kesehatan Pelayanan Jantung sesuai standar	%	mencakup laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik berupa pengelolaan logistik sapras non medik, penyediaan dan pemeliharaan , menyusun mutu, analisa kebutuhan, monitoring dan evaluasi, pengawasan dan pemenuhan .	Jumlah laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik	1	1	100%	Pemenuhan sarpras non medik	https://drive.google.com/file/d/1KOC9L4RZWVW1Z3rU8M0eQpD3C1ALwGY/vi ew?usp=sharing
WAKIL DIREKTUR SDM DAN ORGANISASI										
3.1	Terpenuhnya Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar Rumah Sakit Kelas A	Persentase Terpenuhnya Sumber Daya Manusia Kesehatan sesuai Standar Rumah Sakit Kelas A	%	Capaian pemenuhan SDM sesuai dengan standar Rumah Sakit	Jumlah SDM yang ada dibagi Jumlah standar SDM RS Kelas A x 100%	20%	62%	310.00%		
	Meningkatnya Pendapatan dari Pelaksanaan Pendidikan/Magang/Studi Banding	Persentase Peningkatan Pendapatan dari Pelaksanaan Pendidikan /Magang/Studi Banding	%	Capaian peningkatan pendapatan dari pelaksanaan Pendidikan/ Magang/ Studi Banding	jumlah pendapatan pelaksanaan Pendidikan/ Magang/ Studi Banding tahun 2025 dibagi dengan Tahun sebelumnya x 100%	0.42%	142	141.80%		https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MMjxAmKU8aCy5SAsdC-qhKx8KlW0nXfHy/edit?usp=sharing&ouid=114649127425052356826&rtqof=true&sd=true
	Meningkatnya Pelaksanaan Kemitraan Dalam Mewujudkan Kualitas Pelayanan Kesehatan	Persentase Peningkatan Mitra RSUD Siti Fatimah	%			0.22%				
	Meningkatnya Profesionalitas Aparatur Sipil Negara RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatra Selatan	Indeks Profesionalitas ASN RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatra Selatan	SEDANG			Sedang				
	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Perangkat Daerah	Terwujudnya Pelayanan Publik Yang Prima	PRIMA			Prima				
WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN										
4.1	Meningkatnya Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah Rumah Sakit	Opini terhadap Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah Rumah Sakit	Opini			WTP	0		Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi	
5.1	Meningkatnya Implementasi e-SAKIP Rumah Sakit	Persentase Tingkat Implementasi e-SAKIP Rumah Sakit	%	Tingkat Implementasi E-SAKIP Perangkat Daerah adalah ukuran capaian penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berbasis elektronik pada suatu perangkat daerah, yang menggambarkan kemampuan OPD dalam mengintegrasikan perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, serta evaluasi kinerja ke dalam aplikasi E-SAKIP sesuai dengan standar dan pedoman yang ditetapkan	Jumlah Komponen Sakip yang terinput pada E-SAKIP sesuai standar/ Jumlah seluruh Komponen E-Sakip x 100%	100	0		Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi	

[illegible]

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
2.1.2	Pelaksanaan Monitoring Evaluasi Kegiatan Dan Fasilitas Penunjang Rekam Medik	Jumlah Laporan Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Rekam Medik	%	Persentase pemenuhan indikator mutu pelayanan rekam medik yang dilaksanakan oleh Instalasi Rekam Medik dan dikoordinasikan oleh Seksi Rekam Medik sesuai standar mutu dan kebijakan rumah sakit.	(Jumlah indikator SPM rekam medik yang tercapai / Jumlah seluruh indikator SPM rekam medik) × 100%	80	92	100	GRML, Panduan Pelayanan RM	https://drive.google.com/drive/folders/1zVlwWY6FwaRYPc3HgC3U7YUD-s6sxxv2?usp=drive_link
	Pelaksanaan Monitoring Evaluasi Kegiatan Dan Fasilitas Penunjang Promosi dan Edukasi Kesehatan.	Jumlah Laporan Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Promosi dan Edukasi Kesehatan	%	mencakup laporan penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	Jumlah laporan penyelenggaraan edukasi	1	12	100	Penyelenggaraan promosi kesehatan	https://drive.google.com/drive/folders/1hQSp55h1zMH4aTCVxkb_73XNHrJVEs?usp=sharing
KEPALA BIDANG SARANA DAN PRASARANA MEDIK DAN NON MEDIK										
2.1.3	Meningkatnya Pemenuhan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar	Persentase pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar	%	mencakup laporan monitoring dan evaluasi sarana dan prasarana medik berupa hasil pemantauan, penilaian dan tindak lanjut	Jumlah laporan monitoring dan evaluasi sarana dan prasarana medik yang disusun dan dilaporkan	1	1	100	Pemenuhan sarpras medik	https://drive.google.com/drive/folders/1zQSp55h1zMH4aTCVxkb_73XNHrJVEs?usp=sharing
		Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan alat Kesehatan Pelayanan Jantung sesuai standar	%	mencakup laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik berupa pengelolaan logistik sarpras non medik, penyediaan dan pemeliharaan , menyusun mutu, analisa kebutuhan, monitoring dan evaluasi, pengawasan dan pemenuhan .	Jumlah laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik	1	1	100%	Pemenuhan sarpras non medik	https://drive.google.com/file/d/1KOC9LJ4RZWWi73rU8M0eQpD3C1ALwGY/view?usp=sharing
KEPALA BAGIAN SDM										
3.1.1	Meningkatnya tata kelola administrasi SDM	Persentase pelayanan administrasi SDM yang tepat waktu	%	ukuran untuk menilai seberapa efektif unit SDM dalam menyelesaikan layanan administrasi pegawai sesuai standar waktu yang telah ditetapkan	Jumlah pelayanan administrasi SDM selesai tepat waktu dibagi Jumlah total permintaan administrasi SDM x 100	98.53	100	101.49%		https://drive.google.com/file/d/1P07rUCloFQ6Wh2-89cC3aHF5o9zcr4s/view?usp=drive_link
	Meningkatnya kedisiplinan SDM	Persentase penurunan pembinaan disiplin SDM	%	Ukuran untuk menilai efektivitas upaya pembinaan disiplin pegawai SDM dengan melihat penurunan jumlah kasus pelanggaran disiplin dibanding periode sebelumnya	Jumlah pelanggaran sebelumnya - jumlah pelanggaran saat ini dibagi jumlah pelanggaran sebelumnya x 100%	0	0.02	100,00		https://drive.google.com/file/d/1qvOwp5h1_KnPOQSF0TY9I2K0pXATCaLvz/view?usp=drive_link
		Persentase SDM berkinerja baik	%	Ukuran untuk menilai proporsi pegawai SDM yang mencapai atau melampaui standar kinerja yang telah ditetapkan dalam periode tertentu (bulanan, triwulan, atau tahunan).	Jumlah pegawai dengan kinerja baik dibagi jumlah total pegawai yang dinilai x 100%	99.76	99.5	99.74		https://drive.google.com/file/d/1PvTn-7Gk6HCpSq2bu7vz9c7NDT-zXG/view?usp=drive_link
	Terlaksananya administrasi mutasi SDM dan Pengembangan SDM melalui Tugas Belajar	Persentase usul mutasi yang diproses	%	ukuran untuk menilai efektivitas unit SDM dalam menangani permohonan mutasi pegawai sesuai prosedur dan waktu yang ditetapkan	Jumlah usul mutasi yang diproses sesuai ketentuan dibagi jumlah total usul mutasi diterima x 100%	90	90	100		https://drive.google.com/file/d/1H1HRSxpbhzOOeMYLd6WNqdkkvBA4KZ/view?usp=drive_link

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
		Persentase administrasi tugas belajar	%	kuran untuk menilai kepatuhan unit SDM dalam memproses dan menyelesaikan administrasi terkait tugas belajar pegawai sesuai prosedur dan waktu yang ditetapkan.	Jumlah administrasi tugas belajar selesai sesuai ketentuan dibagi jumlah total permohonan tugas belajar diterima x 100%	90	90	100		https://drive.google.com/file/d/11XLDENcaL167-uyYSN9VtSha4QJvIE/vi ew?usp=drive_link
KEPALA BAGIAN PENDIDIKAN, PELATIHAN, DAN PENELITIAN										
3.1.2	Menurunnya GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai RSUD Siti Fatimah	Nilai GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai	Nilai	kesenjangan kompetensi jabatan berdasarkan tugas fungsi pejabat struktural (pejabat eselon 2 dan 3) yang ditetapkan dlm peraturan gubernur tentang standar kompetensi jabatan	Penilaian objektif berdasarkan pendidikan, pelatihan, pengalaman dan administrasi (jika bernilai Y maka GAP nya = 0 dan jika bernilai N = 0.25)	5	3	166.67%		
KEPALA BAGIAN HUMAS, PROTOKOL, PEMASARAN, DAN KEMITRAAN										
3.1.3	Meningkatnya kualitas pelayanan kemitraan,	Persentase penanganan complain	%			100				
	pemberian informasi pelayanan kesehatan serta kehumasan dan Protokol	Persentase penyampaian Informasi pelayanan kesehatan	%			100				
		Persentase capaian pelayanan kemitraan	%			100				
KEPALA BAGIAN ORGANISASI										
3.1.4	Terlaksananya Penanganan Pengaduan Pasien	Persentase Penanganan Pengaduan Pasien	100 %	Capaian penanganan pengaduan pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan publik di RSUD Siti fatimah dalam 1 tahun	Jumlah Pengaduan yang ditangan / Jumlah Seluruh Pengaduan yang masuk x 100%	100	100	100%	Pendidikan dan Pelatihan Pegawai Berdasarkan Tugas dan Fungsi (APBD)	https://drive.google.com/drive/folders/1ovFCdhWuKqVQueUj-6kHWi-lsGu997S
	Tersusunnya Kebijakan Pengelolaan Inovasi	Jumlah Kebijakan yang disusun terkait Pengelolaan Inovasi	Dokumen	Banyaknya kebijakan yang disusun terkait pengelolaan inovasi	Jumlah dokumen kebijakan yang disusun terkait pengelolaan inovasi	1	1	100%	Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan (APBD)	https://drive.google.com/drive/folders/1JFUIsu_3sjBSUAEDAw-GaeUvpegCuDK
	Tersusunnya dan Penetapan Kebutuhan SDM	Dokumen Kebutuhan SDM	Dokumen	Banyaknya dokumen kebutuhan SDM yang disusun dalam 1 tahun	Jumlah dokumen kebutuhan SDM yang disusun	1	1	100%	Pengadaan Pakaian Dinas beserta Atribut Kelengkapannya (APBD)	https://drive.google.com/drive/folders/1fahqSIDMaj6ry9V_1j4w9e2dy20NYxQ
									Pemenuhan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan Sesuai Standar (BLUD)	
KEPALA BAGIAN KEUANGAN										
	Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan sesuai ketentuan yang berlaku	Persentase Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan	%	Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan dalam periode tahun 2026	Jumlah Dokumen pada Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan	100	100	100%	Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas Non ASN (BLUD)	
4.1.2	Meningkatnya kriteria layanan Pengelolaan BMD sesuai dengan peraturan yang berlaku	Persentase Penatausahaan dan Pemanfaatan BMD yang	%			100				

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
		Persentase Pengendalian BMD yang terlaksana dengan baik	%			100				
		Persentase Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD yang terlaksana dengan	%			100				
KEPALA BAGIAN PERENCANAAN										
5.1.1	Meningkatnya kualitas dokumen Perencanaan Kinerja	Persentase pelaksanaan mekanisme perencanaan sesuai target tepat waktu	%	Mencakup berbagai dokumen perencanaan perangkat daerah yang disusun berpedoman dengan Renstra dan RKPD	Jumlah Dokumen perencanaan yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen perencanaan yang disusun x 100%	100	133.33	133.33%	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)	https://drive.google.com/drive/folders/110ZhwuXIRjczCtpDgvKPRgP7pSQN74uC2usp=sharing
5.1.2	Meningkatnya pemenuhan dokumen anggaran rumah sakit yang tersusun	Persentase dokumen anggaran rumah sakit yang tersusun	%	Mencakup dokumen anggaran yang telah disusun sesuai dengan ketentuan dan periode anggaran yang berlaku	Jumlah Dokumen anggaran yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen anggaran yang disusun x 100%	100	175	175.00%	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)	
5.1.3	Meningkatnya pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan rumah sakit yang tersusun	Jumlah dokumen evaluasi dan pelaporan organisasi yang tersusun	%	Mencakup berbagai aspek yang berkaitan evaluasi dan pelaporan organisasi dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah dokumen evaluasi dan pelaporan organisasi yang tersusun/Jumlah seluruh dokumen evaluasi dan pelaporan organisasi sesuai standar x 100%	100	120.00%	120.00%	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)	https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1iHGyN-wwVv5ZcX3yMlviOCcWJlOwTKA
KEPALA BAGIAN UMUM										
5.2.1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Umum	Persentase Terlaksananya Ketatausahaan RS	%	Mencakup Tatalaksana Ketatausahaan Rumah Sakit Organisasi seperti Surat Menyurat, Kearsipan dan Produk Hukum yang diterbitkan	Jumlah target dokumen Tatalaksana Ketatausahaan RS yang diproses / Jumlah target dokumen Tatalaksana Ketatausahaan RS yang terealisasi x 100 %	100	100.00%	100.00%		
		Persentase Terlaksananya Pengelolaan Data dan Informasi	%	Mencakup laporan pengelolaan data dan informasi Rumah Sakit berupa Pembangunan dan Pengembangan Aplikasi, Penggunaan bandwidth Internet serta analisis dan evaluasi Infrastruktur Teknologi Informasi Rumah Sakit	Jumlah laporan pengelolaan data dan informasi rumah sakit yang terpenuhi sesuai dengan spesifikasi/laporan pengelolaan data dan informasi rumah sakit yang disusun x 100%	100	100.00%	100.00%	Pengadaan barang milik daerah penunjang urusan pemerintah daerah (APBD dan BLUD), Penyediaan jasa penunjang urusan pemerintahan daerah (APBD dan BLUD)	

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
		Persentase Pengelolaan Kebutuhan Rumah Tangga RS	%	mencakup laporan pemakaian ruang rapat, pengelola kendaraan dinas dan pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS	Jumlah laporan pemakaian ruang rapat, pengelola kendaraan dinas dan pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS yang dikelola sesuai usulan yang di akomodir/laporan pemakaian ruang rapat, pengelola kendaraan dinas dan pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS yang diusulkan x 100%	100	100.00%	100.00%	Administrasi umum perangkat daerah, pemeliharaan barang milik daerah penunjang urusan pemerintah daerah, penyediaan layanan kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM dan UKM rujukan tingkat daerah provinsi	
Kasie Medik Operatif dan Khusus										
1.1.1.1	Tercapainya Kinerja Pelayanan dan Pengembangan Medik	Jumlah Dokumen Pemenuhan pelayanan medis sesuai SPM	Jumlah	dokumen yang berisi hasil capaian indikator pelayanan medis rumah sakit, disusun secara periodik untuk menilai tingkat kepatuhan, mutu, dan kinerja pelayanan medis.	jumlah dokumen pertriwulan	4 dokumen	4 dokumen	100%	Pelayanan Medik	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1t9AIB_Xdj8mP-rou_BxqIRymqTZd1sXP/e dit?usp=drive_link&ouid=100589314934044945062&rtoref=true&sd=true
		Jumlah Dokumen Penilaian Kinerja di Bawah Kasi Pelayanan dan Pengembangan Medik	Jumlah	dokumen yang berisi hasil evaluasi capaian kinerja pelaksana pelayanan medis secara periodik sebagai dasar pengendalian mutu dan peningkatan pelayanan medis.	jumlah dokumen tiap bulan	12 dokumen	12 dokumen	100%	Pelayanan Medik	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1t9AIB_Xdj8mP-rou_BxqIRymqTZd1sXP/e dit?usp=drive_link&ouid=100589314934044945062&rtoref=true&sd=true
		Jumlah dokumen Melaksanakan Evaluasi Pelayanan dan Pengembangan Medik	Jumlah	dokumen yang berisi hasil evaluasi capaian pelayanan medis secara periodik sebagai dasar pengendalian mutu dan peningkatan pelayanan medis.	jumlah dokumen pertriwulan	4 dokumen	4 dokumen	100%	Pelayanan Medik	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1t9AIB_Xdj8mP-rou_BxqIRymqTZd1sXP/e dit?usp=drive_link&ouid=100589314934044945062&rtoref=true&sd=true
1.1.1.1.2	Meningkatkan Kompetensi di Bidang Manajerial dan Profesi	Jumlah Sertifikat mengikuti kegiatan peningkatan kompetensi	Jumlah	bukti sah keikutsertaan pegawai dalam kegiatan pengembangan kompetensi yang relevan dengan tugas dan profesinya	jumlah sertifikat kegiatan yang diikuti	10 Sertifikat	10 Sertifikat	100%	Pelayanan Medik	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1t9AIB_Xdj8mP-rou_BxqIRymqTZd1sXP/e dit?usp=drive_link&ouid=100589314934044945062&rtoref=true&sd=true
Kasie Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Gawat Darurat										
1.1.1.1.6	Tercapainya kinerja pelayanan medik instalasi rawat jalan dan IGD	Jumlah dokumen penilaian kinerja dibawah kasie pelayanan medis Instalasi Rajal dan IGD yang dinilai	Dokumen	Mencakup dokumen logbook , rekap pasien diinstalasi rajal dan IGD	Jumlah dokumen logbook , rekap pasien diinstalasi rajal dan IGD yang dinilai	1	1	100	Pelayanan medik Umum	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
3.1.4. 2	Terlaksananya Pengelolaan Pengaduan pasien dan Keluarga	Rekapitulasi Penanganan Pengaduan Pasien dan Keluarga Pasien	Dokumen	Banyaknya penanganan pengaduan pasien dan keluarga pasien di layani	Jumlah Dokumen Rekapitulasi Penanganan Pengaduan Pasien dan Keluarga Pasien	1	1	100%	-	https://drive.google.com/file/d/1wE5XARy245mo8NKDNeP7Q9Y9hnoipmU/view?usp=sharing
Kasubbag Pengelolaan Inovasi										
3.1.4. 3	Tersusunnya dokumen Kebijakan Standar Prosedur Operasional dan Pedoman Pengelolaan Inovasi	Jumlah dokumen kebijakan Pengelolaan Inovasi (SOP dan Pedoman)	Dokumen	Banyaknya Kebijakan Dokumen Pengelolaan Inovasi	Jumlah Dokumen Kebijakan Pengelolaan Inovasi (SOP dan Pedoman)	2	2	100%	-	https://drive.google.com/drive/folders/1SF3mcm2j0ZE0gmm5MzgLVWg63XCIL09V?usp=drive_link
Kasubbag Pendapatan										
4.1.1. 1	Terpenuhiya Dokumen Penatausahaan Pendapatan Rumah Sakit	Persentase Pemenuhan Dokumen Penatausahaan Pendapatan	%	Mencakup Dokumen Penatausahaan Pendapatan Rumah Sakit baik harian maupun bulanan	Jumlah dokumen yang terverifikasi sesuai dengan peraturan yang berlaku	100	100	100%	Pelaksanaan Penatausahaan dan Pengujian/Verifikasi Keuangan SKPD (RI I IN)	https://drive.google.com/drive/folders/1-EwiQDmrSk5ELdH6n22R6UcxWJFFNYNB
	Terpenuhiya Dokumen Laporan Pertanggungjawaban Penerimaan Rumah Sakit	Jumlah Pemenuhan Dokumen Laporan Pertanggungjawaban Penerimaan Rumah Sakit	Laporan	Mencakup Laporan Pertanggungjawaban Penerimaan sebagai bahan serta bagian dari laporan realisasi pendapatan rumah sakit	Jumlah dokumen yang dapat disajikan menjadi Laporan Pertanggungjawaban Penerimaan setiap bulannya	12	12	100%		https://drive.google.com/drive/folders/1-EwiQDmrSk5ELdH6n22R6UcxWJFFNYNB
Kasubbag Verifikasi Belanja										
4.1.1. 2	Terverifikasinya Berkas Belanja sesuai dengan ketentuan yang berlaku	Indikator Kinerja: Persentase Terverifikasinya Berkas Belanja sesuai dengan ketentuan yang berlaku	%	Rangkaian pemeriksaan secara sistematis terhadap dokumen pertanggungjawaban (SPJ) belanja ,meliputi kelengkapan administrasi, keabsahan bukti serta kesesuaian perhitungan baik itu pajak dan kode rekening anggaran	Jumlah berkas dokumen yang terverifikasi dan bisa diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku	100	100	100%	Pelaksanaan Penatausahaan dan Pengujian/Verifikasi Keuangan SKPD (BLUD)	
	Terlaksananya Penyusunan Program Laporan Belanja	Jumlah Dokumen Laporan Belanja	Laporan	Menyusun Bahan Laporan Pertanggungjawaban belanja setiap bulan dan menyampaikan kepada atasan secara berkala	Jumlah Dokumen Laporan	24	24	100%		
Kasubbag Akuntansi										
4.1.1. 3	Terpenuhiya Dokumen Laporan Keuangan	Jumlah Pemenuhan Laporan Keuangan Basis Kas dan Akrua	Laporan	Laporan Keuangan Bulanan Basis Kas mencakup Laporan Realisasi Anggaran APBD dan BLUD dan Laporan Keuangan Triwulan, Semesteran dan Tahunan Basis Akrua mencakup Laporan Operasional, Neraca, Laporan Perubahan Ekuitas dalam rangka pertanggungjawabkan realisasi keuangan rumah sakit	Jumlah laporan keuangan yang disusun sesuai dengan waktu pelaporan	15	16	106.67%	Koordinasi dan Penyusunan Lapoan Keuangan Bulanan/Triwulan/Semesteran SKPD	
	Terpenuhiya Laporan Pendapatan dan Biaya per Unit Layanan	Jumlah Pemenuhan Laporan Pendapatan dan Biaya per Unit Layanan	Laporan	Laporan Pendapatan mencakup Laporan Pendapatan Per Unit Layanan dan Laporan Biaya mencakup Laporan Biaya Per Unit Layanan	Jumlah laporan pendapatan dan biaya yang dihitung sesuai dengan waktu pelaporan	12	12	100.00%	Koordinasi dan Pelaksanaan Akuntansi BLUD	
	Terpenuhiya Dokumen Evaluasi Tarif	Jumlah Pemenuhan Dokumen Evaluasi	Dokumen	Dokumen Lampiran Peraturan Gubernur dalam rangka evaluasi tarif	Jumlah dokumen evaluasi tarif sesuai dengan	4	17	425.00%	Koordinasi dan Pelaksanaan	

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
Kasubbag Penatausahaan dan Pemanfaatan BMD										
4.1.2.1	Terlaksananya penatausahaan dan pemanfaatan BMD	Jumlah dokumen RKBMD dan RKPBM yang tersedia	Dokumen	pemenuhan dokumen RKBMD dan RKPBM	Jumlah dokumen RKBMD dan RKPBM yang telah ditetapkan	1	2	200.00%		
		Jumlah telaah terhadap usulan kebutuhan BMD	Kali	Nota Dinas Telaah	Jumlah Nota Dinas yang Telah ditetapkan	60	106	176.67%		
		Jumlah bahan kegiatan rekonsiliasi aset yang	Kali	pemenuhan Bahan Rekon	Jumlah Bahan Rekon yang Telah ditetapkan	1	1	100.00%		
		Jumlah bahan kegiatan pemanfaatan aset yang tersedia	Dokumen	pemenuhan bahan kegiatan pemanfaatan aset yang tersedia	Jumlah bahan kegiatan pemanfaatan aset yang tersedia yang Telah ditetapkan	1	1	100.00%		
		Jumlah laporan hasil pengadaan barang yang tersedia	Dokumen	pemenuhan Jumlah laporan hasil pengadaan barang yang tersedia	Jumlah laporan hasil pengadaan barang yang tersedia yang telah ditetapkan	1	1	100.00%		
		Jumlah bahan inventarisasi BMD yang tersedia	Dokumen	Pemenuhan bahan inventarisasi BMD yang tersedia	Jumlah bahan inventarisasi BMD yang tersedia yang telah ditetapkan	1	1	100.00%		
		Jumlah bahan penetapan status BMD yang tersedia	Dokumen	Pemenuhan bahan penetapan status BMD yang tersedia	Jumlah bahan penetapan status BMD yang tersedia yang telah ditetapkan	1	1	100.00%		
		Jumlah dokumen usulan kegiatan penghapusan dan pemusnahan BMD	Dokumen	Pemenuhan dokumen usulan kegiatan penghapusan dan pemusnahan BMD	Jumlah dokumen usulan kegiatan penghapusan dan pemusnahan BMD yang telah ditetapkan	1	1	100.00%		
Kasubbag Pengendalian BMD										
4.1.2.2	Terlaksananya Pengendalian BMD	Jumlah laporan pengendalian BMD	Laporan	Pemenuhan Laporan Pengendalian BMD	Jumlah laporan pengendalian BMD	4	4	100%	Pemeliharaan Peralatan dan Mesin Lainnya	https://drive.google.com/drive/u/1/folders/112B89bhtLFmFgQJaTULorLzGsP-SaCw
Kasubbag Evaluasi dan Pelaporan BMD										
4.1.2.3	Terlaksananya Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD	Jumlah dokumen Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD yang disusun	Dokumen	Dokumen Evaluasi dan Pelaporan laporan Semesteran dan triwulan.	Jumlah Dokumen laporan yang dihasilkan	4	4	100%		https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11HGyN-wawVv5ZcX3yMhviOCcWJLQwTKA
5.1.1.1	Tersusunnya Dokumen Perencanaan Tepat Waktu	Jumlah Dokumen Perencanaan yang disusun Tepat Waktu sesuai peraturan perundang-undangan	Dokumen	Dokumen perencanaan mencakup Rencana Kerja 2026, Perubahan Renja 2025, Rencana Kinerja Tahunan 2026, Renstra 2025 - 2029		3	4	133.33%	Penyusunan dokumen perencanaan perangkat daerah	https://drive.google.com/drive/folders/110ZiwuXTRjrzCtpDgvKPRgP7pSQN74uC?usp=sharing
Kasubbag. anggaran										
5.1.2.1	Tersusunnya dokumen Anggaran APBD dan BLUD	Jumlah Dokumen Anggaran yang disusun	Dokumen	Dokumen resmi penganggaran yang disusun , ditetapkan dan digunakan dalam satu periode anggaran sebagai dasar kegiatan baik yang bersumber dari APBD dan BLUD mencakup RKA 2026, DPA 2025, DPPA 2025, RKAP 2025, DBA 2025, DBA - P 2025, RBA 2025	Jumlah dokumen anggaran yang telah ditetapkan	4	7	175%	Penyusunan Dokumen Perencanaan perangkat daerah	

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target Tahun	Realisasi Kinerja	Capaian %	Program/ Kegiatan Sub	Data Dukung
Kasubbag Evaluasi dan Pelaporan										
5.1.3.1	Terlaksananya Evaluasi Kinerja	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja	Laporan/ Dokumen	Evaluasi kinerja mencakup evaluasi realisasi fisik dan keuangan, evaluasi IKU, evaluasi Renaksi, dan evaluasi Kinerja BLUD secara umum dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah dokumen / laporan yang dihasilkan dari kegiatan sesuai definisi operasional	40	46	115.00%	Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD)	
5.1.3.2	Terpenuhinya laporan kinerja tepat waktu	Jumlah laporan kinerja tepat waktu	Laporan	Laporan Kinerja mencakup Laporan Kinerja BLUD Triwulanan, Laporan Kinerja Pelaksanaan Pembangunan, LKPJ, dan LKJIP dan laporan lain dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah laporan yang dihasilkan sesuai definisi operasional	15	20	133.33%	Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja BLUD	
Kasubbag Tata Usaha dan Hukum										
5.2.1.1	Terlaksananya Ketatausahaan RS	Jumlah dokumen tata laksana RS	Dokumen			872				
		Jumlah surat yang diproses	Surat			5390				
Kasubbag Pusat Data dan Informasi										
5.2.1.2	Terlaksananya pengelolaan data dan informasi	Jumlah laporan pengelolaan data informasi	Laporan	Mencakup laporan pengelolaan data dan informasi Rumah Sakit berupa Pembangunan dan Pengembangan Aplikasi, Penggunaan bandwidth internet serta analisis dan evaluasi Infrastruktur Teknologi Informasi Rumah Sakit	Jumlah laporan pengelolaan data dan informasi RS yang telah ditetapkan	12	12	100		
Kasubbag Rumah Tangga										
5.2.1.3	Terlaksananya pengelolaan kebutuhan rumah tangga RS	Jumlah laporan pemakaian ruangan rapat yang tersedia dengan baik	Laporan	Mencakup laporan pemakaian ruang rapat direktur, ruang rapat wadir - wadir, aula, lempuri 1 & 2 dan lavender	Jumlah laporan pemakaian ruangan rapat yang disusun dengan baik	12	12	100		
		Jumlah laporan kendaraan yang dikelola dengan baik	Laporan	Mencakup laporan pengelolaan kendaraan dinas operasional, ambulance.	Jumlah laporan kendaraan yang dikelola dengan baik	12	12	100		
		Jumlah laporan Pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS	Laporan	Mencakup laporan pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS berupa ATK, gas medis, BBM genset, sewa alat elektronik, tabung apar, tabung gas, cetakan, linen , jasa kebersihan	Jumlah laporan Pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS	12	12	100		

RENCANA AKSI KINERJA RSUD SITI FATIMAH TAHUN 2026

No	Sasaran Strategis	Indikator	Satuan	Definisi Operasional	Rumus Perhitungan	Target	Renaksi Triwulanan				Program/Kegiatan Sub Kegiatan
							I	II	III	IV	
DIREKTUR											
1	Meningkatnya Standarisasi Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Persentase Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di RSUD Siti Fatimah	%	Sebagai tolak ukur kinerja dalam menentukan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah menggunakan Indikator sesuai Peraturan Gubernur Nomor 44 Tahun 2018	Jumlah capaian indikator SPM / total indikator SPM yang diukur x 100%	87	87	87	87	87	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan kesehatan Masyarakat
2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Penanganan Jantung	Tingkat Strata Pelayanan Jantung	Predikat	Tingkat strata pelayanan jantung mencakup tiga tingkatan, yaitu : 1. Strata Madya : Menyediakan layanan non - bedah seperti kateterisasi dan intervensi invasif sederhana 2. Strata Utama : Menyediakan layanan bedah jantung terbuka dan intervensi invasif yang lebih kompleks 3. Strata Paripurna : Menyediakan layanan jantung terpadu dan canggih yang mencakup berbagai aspek kesehatan jantung, termasuk rehabilitasi dan kardiologi pediatrik.	Tingkat Strata Kompetensi Pelayanan di RS Online Kemenkes	Dasar	Madya	Utama	Utama	Utama	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan dan kesehatan Masyarakat
3	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rumah Sakit	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di RSUD Siti Fatimah	Nilai	Hasil survey kepuasan masyarakat secara independen, atas kualitas pelayanan Rumah Sakit	Hasil survey kepuasan masyarakat secara independen	86	86	86	86	86	Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia Kesehatan
4	Meningkatnya Pendapatan BLUD Rumah Sakit	Jumlah Pendapatan BLUD Rumah Sakit	Rupiah	Merujuk pada pengelolaan pendapatan Badan layanan Umum Daerah (BLUD) yang mencakup berbagai sumber pendapatan, seperti imbalan jasa layanan, hibah, dan kerjasama dengan pihak ketiga	Menggunakan metode kuantitatif untuk menghitung pendapatan berdasarkan data keuangan yang ada	128 M	32 M	64 M	96 M	128 M	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi
5	Meningkatnya Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit	Penilaian SAKIP	Nilai	Mencakup berbagai aspek yang berkaitan dengan penilaian kinerja instansi pemerintah	Hasil penilaian Tim Evaluator AKIP Provinsi Sumatera Selatan	75	0	0	80	80	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi
WAKIL DIREKTUR PELAYANAN											
		Persentase pemenuhan pelayanan medis sesuai standar	%	persentase tingkat kepatuhan pelayanan medis yang diberikan oleh rumah sakit terhadap standar pelayanan medis yang berlaku, meliputi standar profesi, standar prosedur operasional (SPO), pedoman yang telah ditentukan		100					
		Pemenuhan standar Akreditasi rumah sakit	Predikat	Tingkat pemenuhan rumah sakit terhadap elemen penilaian standar akreditasi rumah sakit yang telah ditetapkan	(Total setiap persentase indikator/indikator yang dihitung atau dinilai) x 100%	Paripurna					

no	Indikator Kinerja Utama	Indikator	Jumlah	Unit Ukur/Detail	Metode Pengukuran	Target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
1.1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Rumah Sakit	Tercapainya Indikator Statistik Pelayanan Keperawatan	Dokumen	Persentase pencapaian indikator statistik pelayanan keperawatan yang mencerminkan mutu dan efisiensi pelayanan keperawatan di rumah sakit, yang meliputi : AVLOS, BOR, TOI, NDR, BTO dan GDR	$BOR = ((\text{Jumlah hari perawatan}) / (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari dalam periode})) \times 100\%$ $AVLOS = \text{Jumlah lama dirawat (hari)} / \text{Jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}$ $TOI = (\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{jumlah hari}) - \text{jumlah hari perawatan} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}$ $BTO = \text{Jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)} / \text{Jumlah tempat tidur}$ $NDR = (\text{Jumlah pasien meninggal} \geq 48 \text{ jam} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}) \times 100\%$ $GDR = (\text{Jumlah seluruh pasien meninggal} / \text{jumlah pasien keluar (hidup + meninggal)}) \times 100\%$	88	94,41	107%	Pengadaan Alkes		
		Persentase capaian SPM pelayanan kefarmasian	Predikat	Persentase tingkat pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) pelayanan kefarmasian di rumah sakit, yang menggambarkan pemenuhan aspek ketersediaan, keamanan, mutu, dan ketepatan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.	Jumlah indikator SPM pelayanan kefarmasian yang mencapai standar / jumlah seluruh indikator SPM pelayanan kefarmasian x 100%	91	91	100	Pemeliharaan alkes APBD, PP Alkes		
1.2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Jantung sesuai Standar	Pemenuhan Stratifikasi Layanan Jantung (KMKRI HK.01.07/MENKES/1277/2024)	%	Persentase pemenuhan rumah sakit terhadap persyaratan stratifikasi layanan jantung sesuai dengan kelas rumah sakit	Jumlah Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	100	0	1	1	2	Bidang Pelayanan Medik
WAKIL DIREKTUR PENUNJANG											
	Peningkatan Kualitas Pelayanan Jantung sesuai Standar	Tingkat Pemenuhan Pelayanan Jantung sesuai Standar	Predikat	Tingkat strata pelayanan jantung mencakup tiga tingkatan, yaitu : 1. Strata Madya : Menyediakan layanan non - bedah seperti kateterisasi dan intervensi invasif sederhana 2. Strata Utama : Menyediakan layanan bedah jantung terbuka dan intervensi invasif yang lebih kompleks 3. Strata Paripurna : Menyediakan layanan jantung terpadu dan canggih yang mencakup berbagai aspek kesehatan jantung, termasuk rehabilitasi dan kardiologi pediatrik.	Tingkat Strata Kompetensi Pelayanan di RS Online Kemenkes	Dasar	Madya	Madya	Madya	Madya	Program Pemenuhan penunjang pelayanan jantung sesuai standar

no	aspek strategis	indikator	satuan	metode pengukuran	rumus perhitungan	target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
2.1	Meningkatnya Standar Pelayanan Mutu Penunjang Diagnosa dan Terapi	Persentase Standar Pelayanan Mutu Penunjang Diagnosa dan Terapi	%	Persentase keterpenuhan standar pelayanan mutu pada Penunjang Diagnosa dan Terapi yang mencakup kepatuhan terhadap SOP pelayanan, ketepatan penyusunan laporan pelayanan, serta pengusulan kebutuhan pelayanan sesuai standar dan ketentuan yang berlaku.	Jumlah laporan SPM Instalasi yang terkumpul tepat waktu / Jumlah laporan SPM Instalasi yang seharusnya dikumpulkan x 100%	100	100	100	100	100	
	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rekam Medik, Promosi, dan Edukasi	Persentase capaian SPM pelayanan rekam medik	%	Persentase pemenuhan indikator mutu pelayanan rekam medik yang dilaksanakan oleh Instalasi Rekam Medik dan dikordinasikan oleh Seksi Rekam Medik sesuai standar mutu dan kebijakan rumah sakit.	(Jumlah indikator mutu pelayanan rekam medik yang tercapai / Jumlah seluruh indikator mutu yang ditetapkan) x 100%	80	80	80	80	80	GRML, Panduan Pelayanan RM
		Persentase peningkatan pelayanan promosi dan edukasi	%	Mencakup laporan informasi kesehatan dipublikasi melalui media sosial, cetak, penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	Jumlah Laporan informasi kesehatan yang dipublikasikan melalui media sosial, cetak, penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	12	3	6	9	12	
	Meningkatnya Pemenuhan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar	Persentase pemenuhan sarana dan prasarana	%	mencakup laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik berupa pengelolaan logistik spras non medik, penyediaan dan pemeliharaan , menyusun mutu, analisa kebutuhan, monitoring dan evaluasi, pengawasan dan pemenuhan .	Jumlah laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana	12	3	6	9	12	
		Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan alat Kesehatan Pelayanan Jantung sesuai standar	%	Mencakup laporan monitoring dan evaluasi instalasi sarana dan prasarana medik berupa kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap kondisi dan fungsi	Jumlah laporan monitoring dan evaluasi instalasi sarana dan prasarana	4	1	2	3	4	
WAKIL DIREKTUR SDM DAN ORGANISASI											
3.1	Meningkatnya Pemenuhan SDM sesuai Standar	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Standar	%	Capaian pemenuhan SDM sesuai dengan standar Rumah Sakit	Jumlah SDM yang ada dibagi Jumlah standar SDM RS Kelas A x 100%	50	25	30	40	50	
	Menurunnya GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai RSUD Siti Fatimah	Nilai GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai	Nilai	Kesenjangan atau perbedaan antara keterampilan, pengetahuan, dan perilaku yang dimiliki karyawan saat ini dengan yang sebenarnya dibutuhkan untuk menjalankan pekerjaan secara efektif dan mencapai tujuan	Profil Kompetensi Pegawai- Profil Standar Jabatan. Selisih negatif menunjukkan kekurangan (kurang dari standar), sementara selisih positif menunjukkan kelebihan.	5	2	3	4	5	
	Meningkatnya kualitas pelayanan kemitraan, pemberian informasi pelayanan kesehatan serta kehumasan dan Protokol Rumah Sakit	Persentase penanganan Komplain	%	Terselesaikannya penanganan komplain yang masuk melalui kanal-kanal informasi yang tersedia di RSUD Siti fatimah	Jumlah komplain yang selesai dibagi dengan jumlah komplain yang masuk	100					
		Persentase penyampaian Informasi pelayanan	%	Tersampainya informasi layanan kesehatan RSUD Siti Fatimah melalui beberapa media informasi yang tersedia baik media sosial maupun media cetak	Jumlah informasi layanan kesehatan di bagi dengan target yang telah ditetapkan	100					
		Persentase capaian pelayanan kemitraan	%	Tercapainya kerjasama dengan beberapa mitra berpotensi baik medis maupun non medis	Jumlah PKS yang terselesaikan dibagi dengan target yang telah ditetapkan	100					

no	Jabatan dan tugas	Indikator	Jumlah	Uraian Kegiatan	Kualitas Pelayanan	Target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
		Jumlah buku majalah informasi layanan kesehatan yang dipublikasi melalui media cetak	%	Terlaksananya cetakan buku majalah dan koran	Jumlah cetakan majalah dan koran di bagi dengan target yang telah ditetapkan						
	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kelembagaan, Analisa Jabatan, Survey, Kepuasan Masyarakat dan Inovasi Rumah Sakit	Persentase capaian pelaksanaan kegiatan kelembagaan dan Analisa Jabatan	%	Capaian dokumen analisa jabatan dan analisa beban kerja yang disusun dalam satu periode tahunan	Jumlah dokumen analisa jabatan dan analisa beban kerja yang disusun / jumlah nama jabatan yang telah ditetapkan dalam peraturan gubernur x 100%	100	25	50	75	100	
		Persentase capaian pelaksanaan Survey Kepuasan Masyarakat	%	Capaian pelaksanaan survey kepuasan masyarakat yg dilaksanakan sebanyak 4 kali dalam 1 tahun	Jumlah pelaksanaan survey kepuasan masyarakat yg dilakukan dalm 1 tahun / 4 periode x 100%	100	25	50	75	100	
		Persentase capaian usulan Inovasi baru yang akan di implementasikan	%	capaian inovasi yang akan diimplementasikan berdasarkan usulan inovasi dalam 1 tahun	Jumlah inovasi yang akan diimplementasikan / jumlah inovasi yang diusulkan x 100%	100	25	50	75	100	
WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN											
4.1	Meningkatnya Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah Rumah Sakit	Opini terhadap Pengelolaan Keuangan dan Barang Milik Daerah Rumah Sakit	Opini			WTP	0	WTP	WTP	WTP	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi
5.1	Meningkatnya Implementasi e- SAKIP Rumah Sakit	Persentase Tingkat Implementasi e-SAKIP Rumah Sakit	%	Tingkat Implementasi E-SAKIP Perangkat Daerah adalah ukuran capaian penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berbasis elektronik pada suatu perangkat daerah, yang menggambarkan kemampuan OPD dalam mengintegrasikan perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, serta evaluasi kinerja ke dalam aplikasi E-SAKIP sesuai dengan standar dan pedoman yang ditetapkan	Jumlah Komponen Sakip yang terinput pada E-SAKIP sesuai standar/ Jumlah seluruh Komponen E-Sakip x 100%	100	0	50	100	100	Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi
5.2	Meningkatnya Kualitas Tata Kelola Rumah Sakit	Rumah Sakit yang terlaksana dengan baik	%			100					Program Penunjang Urusan Pemerintah Daerah Provinsi
KEPALA BIDANG PELAYANAN MEDIK											
1.1.1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Jantung sesuai standar	Pemenuhan Stratifikasi Pengampunan Layanan jantung (KMKRI HK.01.07/MENKES/1277/2024)	Predikat	Mencakup Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	Jumlah Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	100	0	1	1	2	Bidang Pelayanan Medik
1.1.2	Tercapainya Pemenuhan Pelayanan Medik Sesuai Standar/SPM di bidang Pelayanan Medik	Meningkatnya Pemenuhan Pelayanan Medik Sesuai Standar/SPM di bidang pelayanan medik	Predikat			Paripurna					
		Laporan Pemantauan dan evaluasi program kegiatan dibawah seksi medik Operatif dan khusus	Dokumen								
		Laporan Pemantauan dan evaluasi program kegiatan dibawah seksi rawat Jalan dan Gawat Darurat	Dokumen	Mencakup dokumen logbook , rekap pasien diinstalasi rajal dan IGD dan Mencakup dokumen jadwal jaga	Jumlah dokumen logbook , rekap pasien diinstalasi rajal dan IGD yang dinilai	1	1	100	Pelayanan medik Umum		
1.1.3	Tercapainya Standar Akreditasi Rumah Sakit	Laporan pemantauan dan evaluasi program kegiatan di bawah seksi medik operatif dan khusus	Dokumen	Meningkatnya Pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit di Bidang Pelayanan Medik		Paripurna					

No	Indikator Kinerja Utama	Indikator	Satuan	Lokasi Upaya/Unit	Rumus Penilaian	Target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
	Meningkatnya ketersediaan laporan pelayanan jantung sesuai standar dan strata pelayanan.	Persentase laporan pelayanan diagnosa dan terapi penyakit jantung	%	Mencakup jumlah tindakan pelayanan terkait jantung di bidang penunjang medik	(Jumlah laporan pelayanan jantung yang tersedia / Jumlah laporan pelayanan jantung yang seharusnya tersedia) × 100%	100%	100%	100%	100%	100%	PPK Penunjang Medik
KEPALA BIDANG PENUNJANG REKAM MEDIK, PROMOSI DAN EDUKASI											
2.1.2	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Rekam Medik, Promosi, dan Edukasi	Persentase capaian SPM pelayanan rekam medik	%	Persentase pemenuhan indikator mutu pelayanan rekam medik yang dilaksanakan oleh Instalasi Rekam Medik dan dikordinasikan oleh Seksi Rekam Medik sesuai standar mutu dan kebijakan rumah sakit.	(Jumlah indikator mutu pelayanan rekam medik yang tercapai / Jumlah seluruh indikator mutu yang ditetapkan) × 100%	80%	90%	90%	90%	90%	GRML, Panduan Instalasi RMIK
		Persentase peningkatan pelayanan promosi dan edukasi	%	Mencakup laporan informasi kesehatan dipublikasi melalui media sosial, cetak, penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	Jumlah Laporan informasi kesehatan yang dipublikasikan melalui media sosial, cetak, penyelenggaraan edukasi kepada pasien , keluarga pasien , dan masyarakat	12	3	6	9	12	
KEPALA BIDANG SARANA DAN PRASARANA MEDIK DAN NON MEDIK											
2.1.3	Meningkatnya Pemenuhan Sarana dan Prasarana Sesuai Standar	Persentase pemenuhan sarana dan prasarana sesuai standar	%	mencakup laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana non medik berupa pengelolaan logistik spras non medik, penyediaan dan pemeliharaan , menyusun mutu, analisa kebutuhan, monitoring dan evaluasi, pengawasan dan pemenuhan	Jumlah laporan SPM pemenuhan sarana dan prasarana	12	3	6	9	12	
		Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan alat Kesehatan Pelayanan Jantung sesuai standar	%	Mencakup laporan monitoring dan evaluasi instalasi sarana dan prasarana medik berupa kegiatan pemantauan dan penilaian terhadap kondisi dan fungsi	Jumlah laporan monitoring dan evaluasi instalasi sarana dan prasarana	4	1	2	3	4	
KEPALA BAGIAN SDM											
3.1.1	Meningkatnya kepuasan pegawai rumah sakit terhadap pelayanan administrasi kepegawaian	Indeks kepuasan pegawai rumah sakit terhadap pelayanan administrasi kepegawaian	Kriteria	Indeks kepuasan pegawai Rumah Sakit terhadap pelayanan administrasi kepegawaian	Sesuai Permenpan 14 Tahun 2017 tentang Survei Kepuasan Masyarakat Unit penyelenggara Pelayanan Publik	Baik	-	Baik	-	Baik	
3.1.2	Meningkatnya tata kelola administrasi SDM	Persentase pelayanan administrasi SDM yang tepat waktu	%	Proporsi layanan administrasi sumber daya manusia yang diselesaikan sesuai atau lebih cepat dari standar waktu pelayanan yang telah ditetapkan, dibandingkan dengan seluruh pelayanan administrasi SDM	Jumlah pelayanan SDM yang selesai tepat waktu dibagi Total pelayanan administrasi SDM x 100%	100	100	100	100	100	
3.1.3	Meningkatnya kedisiplinan SDM	Persentase SDM yang tidak melakukan pelanggaran disiplin	%	Indikator kinerja yang menggambarkan proporsi sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit yang tidak tercatat melakukan pelanggaran disiplin sesuai dengan peraturan dan ketentuan disiplin yang berlaku, dalam periode waktu tertentu.	Jumlah SDM tanpa pelanggaran disiplin / total SDM x 100%	85	85	85	85	85	Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan
3.1.4	Meningkatnya SDM yang berkinerja baik	Persentase SDM berkinerja baik	%	Proporsi sumber daya manusia (SDM) di rumah sakit yang memperoleh hasil penilaian kinerja kategori "baik" atau lebih tinggi berdasarkan sistem penilaian kinerja yang berlaku, dalam periode waktu tertentu.	Jumlah SDM dengan kinerja kategori Baik atau Sangat Baik / Total SDM yang dinilai x 100%	100	98.95	99.1	99.83	100	Pembinaan dan Pengawasan Sumber Daya Manusia Kesehatan

I	II	III	IV	Kegiatan							
DIREKTUR											
3.1.5	Terlaksananya pengembangan kompetensi dan mutasi SDM	Persentase usulan mutasi dan tugas belajar yang diproses	%	Proporsi usulan mutasi dan/atau tugas belajar SDM yang telah diproses oleh unit terkait sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dibandingkan dengan seluruh usulan yang diterima dalam periode waktu tertentu.	Jumlah usulan mutasi dan tugas belajar yang diproses dibagi Total usulan mutasi dan tugas belajar yang diterima×100%	100	100	100	100	100	Pengembangan dan Mutasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (BLUD)
KEPALA BAGIAN PENDIDIKAN, PELATIHAN, DAN PENELITIAN											
3.1.2	Menurunnya GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai RSUD Siti	Nilai GAP (kesenjangan) kompetensi pegawai	Nilai	terlaksananya kegiatan pendidikan, pelatihan dan penelitian	mencakup laporan jumlah terlaksananya kegiatan pendidikan, pelatihan dan penelitian	12	3	3	3	3	pengawasan terhadap kegiatan pendidikan, pelatihan dan penelitian
KEPALA BAGIAN HUMAS, PROTOKOL, PEMASARAN, DAN KEMITRAAN											
3.1.3	Meningkatnya kualitas pelayanan kemitraan,	Persentase penanganan complain	%	koordinasi dan evaluasi untuk penanganan komplain	Tersusunnya laporan koordinasi dan evaluasi untuk penanganan komplain	100	25	50	75	100	
	pemberian informasi pelayanan kesehatan serta kehumasan dan Protokol	Persentase penyampaian Informasi pelayanan kesehatan	%	Cakupan flyer Informasi Pelayanan Kesehatan yang Dipublikasikan Melalui Media sosial dan media cetak berupa jadwal dokter praktek, layanan kesehatan, ucapan - ucapan	Jumlah Informasi flyer Pelayanan Kesehatan yang Dipublikasikan Melalui Media Sosial dan media cetak	100	25	50	75	100	
		Persentase capaian pelayanan kemitraan	%	Jumlah dokumen PKS instansi yang menjadi mitra kerjasama	Jumlah dokumen PKS instansi yang menjadi mitra kerjasama yang disusun dengan baik	100	25	50	75	100	
KEPALA BAGIAN ORGANISASI											
3.1.4	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kelembagaan dan ANJAB, Survey, Kepuasan Masyarakat dan Inovasi	Persentase capaian pelaksanaan kegiatan kelembagaan dan Analisa Jabatan	%	Capaian dokumen analisa jabatan dan analisa beban kerja yang disusun dalam satu periode tahunan	Jumlah dokumen analisa jabatan dan analisa beban kerja yang disusun / jumlah nama jabatan yang telah ditetapkan dalam peraturan gubernur x 100%	100	25	50	75	100	-
		Persentase capaian pelaksanaan Survey Kepuasan Masyarakat	%	Capaian pelaksanaan survey kepuasan masyarakat yg dilaksanakan sebanyak 4 kali dalam 1 tahun	Jumlah pelaksanaan survey kepuasan masyarakat yg dilakukan dalm 1 tahun / 4 periode x 100%	100	25	50	75	100	-
		Persentase capaian usulan Inovasi baru yang akan di implementasikan	%	capaian inovasi yang akan diimplementasikan berdasarkan usulan inovasi dalam 1 tahun	Jumlah inovasi yang akan diimplementasikan / jumlah inovasi yang diusulkan x 100%	100	25	50	75	100	-
KEPALA BAGIAN KEUANGAN											
4.1.1	Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan sesuai ketentuan yang berlaku	Persentase Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan	%	Terlaksananya Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan dalam periode tahun 2026	Jumlah Dokumen pada Penatausahaan Pendapatan, Belanja dan Laporan Keuangan	100	25	50	75	100	Penyediaan Administrasi Pelaksanaan Tugas Non ASN (BLUD)
KEPALA BAGIAN PENGELOLAAN BARANG MILIK DAERAH											
4.1.2	Meningkatnya kriteria layanan Pengelolaan BMD sesuai dengan peraturan yang berlaku	Persentase Penatausahaan dan Pemanfaatan BMD yang terlaksana dengan baik	%			100					
		Persentase Pengendalian BMD yang terlaksana dengan baik	%			100					
		Persentase Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD yang terlaksana dengan baik	%			100					
KEPALA BAGIAN PERENCANAAN											

No	Indikator Kinerja	Uraian	Jumlah	Uraian Uraian	Rumus Perhitungan	Target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
5.1.1	Meningkatnya kualitas dokumen Perencanaan Kinerja	Persentase pelaksanaan mekanisme perencanaan sesuai target tepat waktu	%	Mencakup berbagai dokumen perencanaan perangkat daerah yang disusun berpedoman dengan Renstra dan RKPD	Jumlah Dokumen perencanaan yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen perencanaan yang disusun x 100%	100	10	30	60	100	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)
5.1.2	Meningkatnya pemenuhan dokumen anggaran rumah sakit yang tersusun	Persentase dokumen anggaran rumah sakit yang tersusun	%	Mencakup dokumen anggaran yang telah disusun sesuai dengan ketentuan dan periode anggaran yang berlaku	Jumlah Dokumen anggaran yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen anggaran yang disusun x 100%	100	20	30	80	100	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)
5.1.3	Meningkatnya pemenuhan dokumen evaluasi dan pelaporan rumah sakit yang tersusun	Persentase dokumen evaluasi dan pelaporan rumah sakit yang tersusun	%	Mencakup berbagai aspek yang berkaitan evaluasi dan pelaporan organisasi dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah dokumen evaluasi dan pelaporan organisasi yang tersusun/Jumlah seluruh dokumen evaluasi dan pelaporan organisasi sesuai standar x 100%	100	20	45	80	100	Kegiatan Perencanaan, Penganggaran, dan Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD dan BLUD)
KEPALA BAGIAN UMUM											
5.2.1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Umum	Persentase Terlaksananya Ketatausahaan RS	%	Merujuk pada laporan pencatatan, persuratan, kearsipan, dan penerbitan produk hukum	Jumlah Laporan Ketatausahaan yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen Ketatausahaan yang disusun x 100%	100	3	6	9	100	Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan APBD
		Persentase Terlaksananya Pengelolaan Data dan Informasi	%	Mencakup laporan pengelolaan data dan Informal Rumah Sakit berupa Pembangunan dan Pengembangan Aplikasi, Penggunaan bandwidth internet serta analisis dan evaluasi Infrastruktur Teknologi Informasi Rumah Sakit	Jumlah Laporan Pengelolaan Data & Informasi yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh Laporan Pengelolaan Data dan Informasi yang disusun x 100%	100	3	6	9	100	Penyediaan Operasional Pelayanan Rumah Sakit APD
		Persentase Pengelolaan Kebutuhan Rumah Tangga RS	%	Mencakup dokumen perencanaan dan pengadaan komprehensif pengelolaan Kebutuhan Rumah Tangga yang menetapkan langkah-langkah sistematis, jadwal pelaksanaan, penanggung jawab, dan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan logistik non-medis, persiapan ruang rapat, kebersihan, serta kenyamanan lingkungan rumah sakit.	Jumlah dokumen Pemenuhan Kebutuhan Rumah Tangga yang disusun tepat waktu / jumlah seluruh dokumen Pemenuhan kebutuhan rumah tangga yang disusun x 100%	100	3	6	9	100	
Kasie Medik Operatif dan Khusus											
1.1.1.1	Pemenuhan Pelayanan Medis sesuai SPM di unit/instalasi di bawah kasi pelayanan medik operatif dan khusus	persentase capaian pemenuhan spm layanan di instalasi pelayanan medik operatif dan khusus	%	Mencakup Dokumen pemenuhan spm layanan bedah di instalasi bedah sentral, IKV dan MCU	Jumlah Dokumen pemenuhan spm layanan bedah di instalasi bedah sentral, IKV, dan MCU	100	1	2	3	4	Bidang Pelayanan Medik
1.1.1.2	Pemenuhan dokumen akreditasi rumah sakit	persentase capaian pemenuhan dokumen akreditasi rumah sakit dengan strata paripurna	%	Mencakup pemenuhan laporan akreditasi rumah sakit dengan strata paripurna	Jumlah pemenuhan laporan akreditasi rumah sakit dengan strata paripurna	100	1	2	3	4	Bidang Pelayanan Medik

no	Indikator Mutu	Uraian	Satuan	Uraian Uraian	Kategori Penilaian	Tanggal	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
1.1.1.3	Pemenuhan Layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi pengampunan layanan jantung	Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	%	Mencakup Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	Jumlah Laporan pemenuhan layanan unggulan jantung berdasarkan stratifikasi utama pengampunan layanan jantung	100	0	1	1	2	Bidang Pelayanan Medik
Kasie Pelayanan Medik Rawat Jalan dan Gawat Darurat											
1.1.1.6	Tercapainya Pemenuhan pelayanan medis sesuai standar /SPM diIRJ dan IGD	Persentase Pemenuhan Pelayanan Medis Sesuai Standar/ SPM diinstalasi Rawat Jalan	%	Mencakup perhitungan indikator SPM Pelayanan Medis diIRJ	Jumlah indikator SPM pelayanan medis di IRJ yang mencapai standar / jumlah seluruh indikator SPM pelayanan medis di IRJ x 100%	100	100	100	100	100	
		Persentase pemenuhan Pelayanan Medis Sesuai Standar/ SPM diinstalasi Gawat Darurat	%	Mencakup perhitungan indikator SPM Pelayanan Medis diIGD	Jumlah indikator SPM pelayanan medis di IGD yang mencapai standar / jumlah seluruh indikator SPM pelayanan medis di IGD x 100%	100	100	100	100	100	
1.1.1.78	Terlaksananya pemantauan dan pengawasan Pelayanan Instalasi/unit di Medik Rawat Jalan dan Gawat Darurat	Jumlah laporan hasil pemantauan dan evaluasi	Laporan	Mencakup laporan hasil pemantauan dan evaluasi pelayanan instalasi/unit di medik rawat jalan dan gawat darurat yang disusun	Jumlah laporan hasil pemantauan dan evaluasi pelayanan instalasi/unit di medik rawat jalan dan gawat darurat yang disusun	4	1	2	3	4	
Kasie Rawat Inap											
1.1.2.1	Meningkatnya kinerja pelayanan rawat inap yang sesuai indikator mutu, kompetensi sumber daya manusia sehingga meningkatkan kepuasan pasien	Persentase pelaksanaan prosedur pelayanan rawat inap sesuai standar mutu	%	Pelaksanaan prosedur pelayanan rawat inap yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan Standar Mutu, Standar Pelayanan Minimal, dan Peraturan atau Pedoman Rumah Sakit yang telah ditetapkan.	(Total setiap persentase indikator/indikator yang dihitung atau dinilai) x 100%	100	100	100	100	100	Asuhan keperawatan generalis dan kebidanan
		Persentase pelaksanaan pelatihan kompetensi SDM rawat inap per tahun	%	SDM yang bekerja di setiap unit rawat inap dan telah mengikuti pelatihan kompetensi sesuai dengan standar bidang perawatan yang ditetapkan dalam satu tahun.	(SDM yang mengikuti pelatihan/Total SDM Rawat Inap) x 100%	100	25	50	75	100	Asuhan keperawatan generalis dan kebidanan
		Tingkat kepuasan pasien rawat inap berdasarkan survei kepuasan bulanan	%	Tingkat kepuasan pasien rawat inap yang diukur berdasarkan hasil survei kepuasan pasien yang dilakukan setiap bulan menggunakan instrumen kuesioner kepuasan pelayanan.	Hasil perhitungan yang diambil dari kuesioner yang disebar melalui media aplikasi survei kepuasan pasien	100	100	100	100	100	Asuhan keperawatan generalis dan kebidanan

no	Indikator Mutu	Indikator	Satuan	Uraian Upa Dasar	Kriteria Penilaian	Tertentu	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
	Pemenuhan standar akreditasi bidang pelayanan unit rawat inap melalui peningkatan efektivitas komunikasi dan edukasi pasien/keluarga pasien di rawat inap untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat disampaikan dalam bentuk roundown pelayanan	Persentase pasien yang memahami rencana perawatan, risiko, dan alternatif tindakan medis	%	Setiap pasien dan/atau keluarga pasien yang menyatakan memahami penjelasan tenaga kesehatan mengenai rencana perawatan, risiko yang mungkin terjadi, serta alternatif tindakan medis yang tersedia setelah diberikan edukasi atau informed consent.	Tidak ada komplain baik dari pasien dan keluarga pasien	100	100	100	100	100	Asuhan keperawatan generalis dan kebidanan
Kasie Rawat Khusus											
1.1.2. 2.	Meningkatnya kinerja pelayanan rawat khusus yang sesuai indikator mutu, kompetensi sumber daya manusia sehingga meningkatkan kepuasan pasien	Persentase pelaksanaan prosedur pelayanan rawat khusus sesuai standar mutu	%	Pelaksanaan prosedur pelayanan rawat khusus yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan Standar Mutu, Standar Pelayanan Minimal, dan Peraturan atau Pedoman Rumah Sakit yang telah ditetapkan.	(Total setiap persentase indikator/indikator yang dihitung atau dinilai) x 100%	100	100	100	100	100	
		Persentase pelaksanaan pelatihan kompetensi SDM rawat khusus per tahun	%	SDM yang bekerja di setiap unit rawat khusus dan telah mengikuti pelatihan kompetensi sesuai dengan standar bidang perawatan yang ditetapkan dalam satu tahun.	(SDM yang mengikuti pelatihan/Total SDM Rawat Khusus) x 100%	100	25	50	75	100	
		Tingkat kepuasan pasien rawat khusus berdasarkan survei kepuasan bulanan	%	Tingkat kepuasan pasien rawat khusus yang diukur berdasarkan hasil survei kepuasan pasien yang dilakukan setiap bulan menggunakan instrumen kuesioner kepuasan pelayanan.	Hasil perhitungan yang diambil dari kuisisioner yang disebar melalui media aplikasi survei kepuasan pasien	100	100	100	100	100	
	Pemenuhan standar akreditasi bidang pelayanan unit rawat khusus melalui peningkatan efektivitas komunikasi dan edukasi pasien/keluarga pasien di rawat khusus untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat	Persentase pasien/keluarga pasien yang memahami rencana perawatan, risiko, dan alternatif tindakan medis	%	Setiap pasien dan/atau keluarga pasien yang menyatakan memahami penjelasan tenaga kesehatan mengenai rencana perawatan, risiko yang mungkin terjadi, serta alternatif tindakan medis yang tersedia setelah diberikan edukasi atau informed consent.	Tidak ada komplain baik dari pasien dan keluarga pasien	100	100	100	100	100	
Kasie Pelayanan Farmasi Klinik											
1.1.3.1	Terpenuhinya SPM di Instalasi farmasi	Jumlah Laporan Pemenuhan Capaian SPM kefarmasian	Laporan	Mencakup laporan yang disusun dan disampaikan oleh unit pelayanan kefarmasian (Instalasi Farmasi) yang memuat hasil pemenuhan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kefarmasian sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dalam periode waktu tertentu.	Jumlah Laporan Pemenuhan Capaian SPM kefarmasian yang disusun dan dilaporkan	12	3	6	9	12	PPTK pelayanan farmasi (BLUD)

RU	Indikator Kinerja	Kategori	Jumlah	Uraian Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
1.1.3.2	Tercapainya pelayanan farmasi klinik sesuai standar di Instalasi farmasi	Jumlah Laporan Pemenuhan pelayanan farmasi klinik sesuai standar	Laporan	Mencakup laporan yang disusun dan disampaikan oleh unit pelayanan farmasi klinik yang menggambarkan pemenuhan pelaksanaan pelayanan farmasi klinik sesuai standar yang berlaku	Jumlah Laporan Pemenuhan Pelayanan Farmasi Klinik yang disusun dan dilaporkan	12	3	6	9	12	PPTK pelayanan farmasi (BLUD)
Kasie Pengelolaan Obat dan BMHP											
1.1.3.3	Terpenuhi persediaan obat dan BMHP di Instalasi farmasi sesuai perencanaan	Jumlah Dokumen Pemenuhan persediaan obat dan BMHP	Dokumen	mencakup pelaksanaan pemenuhan persediaan obat dan BMHP di Instalasi farmasi	Jumlah Dokumen Pemenuhan persediaan obat dan BMHP yang disusun	12	3	6	9	12	PP BLUD Bidang Penunjang Medik dan Pelayanan Farmasi
1.1.3.4	Tercapainya pengelolaan obat dan BMHP sesuai standar di Instalasi farmasi	Jumlah Laporan Pemenuhan pengelolaan obat dan BMHP sesuai standar	Laporan	mencakup pelaksanaan pemenuhan pengelolaan obat dan BMHP di Instalasi farmasi	Jumlah Laporan Pemenuhan pengelolaan obat dan BMHP yang disusun	12	3	6	9	12	PP BLUD Bidang Penunjang Medik dan Pelayanan Farmasi
Kasie Penunjang Diagnosa											
2.1.1.1	Tersedianya laporan standar pelayanan mutu penunjang diagnosa	Jumlah laporan standar pelayanan mutu penunjang diagnosa	Laporan	Jumlah laporan standar pelayanan mutu (SPM) penunjang diagnosa yang disusun dan disampaikan oleh Instalasi Radiologi dan Instalasi Laboratorium secara berkala sesuai ketentuan dan jadwal yang telah ditetapkan.	Jumlah laporan SPM penunjang diagnosa yang terkumpul	24	6	6	6	6	PPTK Penunjang Medik BLUD
2.1.1.2	Tersedianya laporan pelayanan diagnosa penyakit jantung	Jumlah laporan pelayanan diagnosa penyakit jantung	Laporan	Jumlah laporan pelayanan diagnosa penyakit jantung yang disusun oleh Instalasi penunjang diagnosa (Radiologi dan Laboratorium) sebagai bagian dari pemenuhan standar dan strata pelayanan jantung rumah sakit.	Jumlah laporan pelayanan diagnosa penyakit jantung yang terkumpul	2	2				PPTK Penunjang Medik BLUD
Kasie Penunjang Terapi											
2.1.1.3	Tersedianya laporan standar pelayanan mutu penunjang terapi	Jumlah laporan standar pelayanan mutu penunjang terapi	Laporan	Mencakup laporan SPM pelayanan rehabilitasi medik	Jumlah laporan SPM pelayanan rehabilitasi medik yang disusun	4	1	2	3	4	Pemeliharaan alkes (APBD)
2.1.1.4	Tersedianya laporan pelayanan terapi penyakit jantung	Jumlah laporan pelayanan terapi penyakit jantung	Laporan	Mencakup laporan pasien penyakit jantung yang dilayani di Instalasi rehabilitasi medik	Jumlah laporan pelayanan terapi penyakit jantung yang disusun	12	3	6	9	12	Pemeliharaan alkes (APBD)
Kasie Rekam Medik											
2.1.2.1	Terpenuhi laporan Rekam Medik	Jumlah Laporan aktifitas Integrasi aplikasi SIMRS dengan platform satu sehat Kemenkes	Laporan Satu Sehat	total Laporan yang mencatat aktifitas pengiriman dan sinkronisasi data dari SIMRS ke SATUSEHAT	Rekap Log sistem dan Dashboard Integrasi	12	3	3	3	3	koordinasi dengan Instalasi IT
		Jumlah Laporan Kelengkapan penginputan data klinis pada RME	Dokumen Nota dinas	total Laporan yang mencatat tingkat kelengkapan pengisian data klinis pasien pada RME sesuai standar RS	Rekap laporan hasil audit RME atau laporan sistem SIMRS	48	16	16	16	16	Gerakan Rekam Medis Lengkap (lintas struktural)
		Jumlah Laporan kepatuhan proses pengembalian di RME/ discharge	Dokumen Nota dinas	total Laporan yang mencatat tingkat kepatuhan tenaga kesehatan terhadap proses penyelesaian dan pengembalian RME setelah pelayanan selesai atau pasien dipulangkan	Rekap laporan kepatuhan dari SIMRS atau audit rekam medis	48	16	16	16	16	Gerakan Rekam Medis Lengkap (lintas struktural)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Indikator	Subsistem	Indikator	Jumlah	Uraian Kegiatan	Indikator	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR										
4.1.2.2	Terlaksananya Pengendalian BMD	Jumlah laporan pengendalian BMD	Laporan	Pemenuhan Laporan Pengendalian BMD	Jumlah laporan pengendalian BMD	4	1	2	3	4 Pemeliharaan Peralatan dan mesin lainnya
Kasubbag Evaluasi dan Pelaporan BMD										
4.1.2.3	Terlaksananya Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD	Jumlah dokumen Evaluasi dan Laporan Pengelolaan BMD yang disusun	Dokumen			4				
Kasubbag Perencanaan dan Program										
5.1.1.1	Tersusunnya Dokumen Perencanaan Tepat Waktu	Jumlah Dokumen Perencanaan yang disusun Tepat Waktu sesuai peraturan perundang-undangan	Dokumen	Dokumen perencanaan mencakup Rencana kerja 2027, Perubahan Renja 2026, Rencana Kinerja Tahunan 2027 ,	Jumlah dokumen perencanaan yang disusun yang tepat waktu sesuai peraturan perundang-undangan	3	0	1	2	3 Penyusunan Dokumen Perencanaan BLUD
Kasubbag Anggaran										
5.1.2.1	Tersusunnya dokumen Anggaran APBD dan BLUD	Jumlah Dokumen Anggaran yang disusun	Dokumen	Dokumen resmi penganggaran yang disusun , ditetapkan dan digunakan dalam satu periode anggaran sebagai dasar kegiatan baik yang bersumber dari APBD dan BLUD mencakup RKA 2027, DPA 2026, DPPA 2026, RKAP 2026, DBA 2025, DBA - P 2026, RBA 2026	Jumlah dokumen anggaran yang telah ditetapkan	4	1	2	3	4 Koordinasi dan Penyusunan Dokumen RBA BLUD (BLUD)
Kasubbag Evaluasi dan Pelaporan										
5.1.3.1	Terlaksananya Evaluasi Kinerja	Jumlah Laporan Evaluasi Kinerja	Laporan/ Dokumen	Evaluasi kinerja mencakup evaluasi realisasi fisik dan keuangan, evaluasi IKU, evaluasi Renaksi, dan evaluasi Kinerja BLUD secara umum dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah dokumen / laporan yang dihasilkan dari kegiatan sesuai definisi operasional	40	10	20	30	40 Evaluasi Kinerja Perangkat Daerah (APBD)
5.1.3.2	Terpenuhinya laporan kinerja tepat waktu	Jumlah laporan kinerja tepat waktu	Laporan	Laporan Kinerja mencakup Laporan Kinerja BLUD Triwulanan, Laporan Kinerja Pelaksanaan Pembangunan, LKPP, dan LKIP dan laporan lain dalam rangka penyelenggaraan SAKIP	Jumlah laporan yang dihasilkan sesuai definisi operasional	15	4	8	12	15 Koordinasi dan Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja BLUD
Kasubbag Tata Usaha dan Hukum										
5.2.1.1	Terlaksananya Ketatausahaan RS	Jumlah dokumen tata laksana RS	Dokumen	Mencakup Produk Hukum yang diproses serta Dokumen Pertzinan yang diproses	Jumlah Produk Hukum yang diproses ditambah Jumlah dokumen Pertzinan yang diproses	872				Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor, Penyediaan Peralatan Rumah Tangga, Penyediaan Bahan Logistik Kantor, Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-Undangan, Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Pertzinan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan, Operasional Pelayanan Rumah Sakit

no	jabatan strategis	fungsi	jenis	jenis layanan	jumlah pelayanan	target	I	II	III	IV	Kegiatan
DIREKTUR											
		Jumlah surat yang diproses	Surat	Mencakup Surat Masuk dan Surat Keluar	Jumlah Surat Masuk ditambah Jumlah Surat Keluar selama Tahun 2025	5390					Penyediaan Peralatan dan Perlengkapan Kantor, Penyediaan Peralatan Rumah Tangga, Penyediaan Bahan Logistik Kantor, Penyediaan Bahan Bacaan dan Peraturan Perundang-Undangan, Penyediaan Jasa Pemeliharaan, Biaya Pemeliharaan, Pajak dan Perizinan Kendaraan Dinas Operasional atau Lapangan, Operasional Pelayanan Rumah Sakit
Kasubbag Pusat Data dan Informasi											
5.2.1.2	Terlaksananya pengelolaan data dan informasi	Jumlah laporan pengelolaan data informasi	Laporan	Mencakup laporan pengelolaan data dan informasi Rumah Sakit berupa Pembangunan dan Pengembangan Aplikasi, Penggunaan bandwidth internet serta analisis dan evaluasi infrastruktur Teknologi Informasi Rumah Sakit	Jumlah laporan pengelolaan data dan informasi RS yang telah ditetapkan	12	3	6	9	12	Aset tak Berwujud dan penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik APBD, penyediaan barang cetakan dan penggandaan , pengadaan aset tidak berwujud, penyediaan jasa pelayanan umum kantor BLUD
Kasubbag Rumah Tangga											
5.2.1.3	Terlaksananya pengelolaan kebutuhan rumah tangga RS	Jumlah laporan pemakaian ruangan rapat yang tersedia dengan baik	Laporan	Mencakup laporan pemakaian ruang rapat direktur, ruang rapat wadir - wadir, aula, lempuri 1 & 2 dan lavender	Jumlah laporan pemakaian ruangan rapat yang disusun dengan baik	12	3	6	9	12	APBD (penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor, penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor) PP pelayanan umum dan HPPK
		Jumlah laporan kendaraan yang dikelola dengan baik	Laporan	Mencakup laporan pengelolaan kendaraan dinas operasional, ambulance.	Jumlah laporan kendaraan yang dikelola dengan baik	12	3	6	9	12	APBD (penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor, penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor) PP pelayanan umum dan HPPK
		Jumlah laporan Pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS	Laporan	Mencakup laporan pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS berupa ATK, gas medis, BBM genset, sewa alat elektronik, tabung apar, tabung gas, cetakan, linen , limbah B3	Jumlah laporan Pemenuhan kebutuhan rutin rumah tangga RS	12	3	6	9	12	APBD (penyediaan komponen instalasi listrik/penerangan bangunan kantor, penyediaan peralatan dan perlengkapan kantor) PP pelayanan umum dan HPPK