

Lampiran 15
Kamus Indikator Utama Tahun 2025 s/d 2029

IKU 1 : EBITDA Margin

Perspektif	<i>Financial</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya pengelolaan keuangan yang andal				
IKU	EBITDA Margin (% terhadap pendapatan operasional netto)				
Definisi	<p>a. EBITDA margin adalah rasio surplus atau defisit sebelum pendapatan (beban) keuangan dan pajak ditambah beban penyusutan, amortisasi dan cadangan penyisihan piutang dibandingkan dengan pendapatan operasional netto rumah sakit</p> <p>b. Pendapatan operasional netto adalah pendapatan operasional dikurangi dengan uang pasien (biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk para dokter yang telah memberikan layanan jasa medis)</p> <p>c. Khusus pada kegiatan non operasional/ lain-lain yang bersifat insidental dan berdampak sangat material (contoh: kegiatan <i>demolish</i> gedung dan lain-lain), maka kegiatan non operasional tersebut tidak dimasukkan dalam perhitungan EBIT</p> <p>d. Pencapaian target EBITDA margin setiap RS berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 tahun 2022</p> <p>e. Pengelompokan RS dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan pada Permenkes No. 26 tahun 2022</p>				
Rumus	$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan Operasional Netto}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	1%	1%	2%	2%	3%

IKU 2 : Skor Kepuasan Pelanggan

Perspektif	<i>Stakeholder</i>
Sasaran Strategis	Terwujudnya layanan terbaik level Asia
I K U	CSAT (Skor Kepuasan Pelanggan)
Definisi	<p>a. Survei kepuasan pasien diselenggarakan sebagaimana diatur di Peraturan Menteri PANRB nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat</p> <p>b. Sasaran responden adalah pasien dan keluarga pasien</p> <p>c. Survei kepuasan pasien ditujukan kepada pasien dan pendamping pasien dan dikumpulkan di setiap unit rumah sakit, termasuk namun tidak terbatas pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poliklinik • Rawat inap • IGD; dan • laboratorium <p>d. Unsur Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Pertanyaan survei kepuasan pasien diturunkan dari 9 unsur survei kepuasan masyarakat, sebagai berikut: persyaratan, prosedur, waktu pelayanan, biaya/ tarif, produk spesifikasi jenis pelayanan, kompetensi pelaksana, penanganan pengaduan dan sarana prasarana</p> <p>e. Pengukuran respon survei menggunakan skala <i>likert</i>, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan</p> <p>f. Metode pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknis kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>). Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal</p> <p>1) Metode pengolahan data</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menghitung nilai pencapaian untuk satu unsur • Besaran sampel dan populasi responden dapat dihitung dengan tabel sampel dari Krejcie and Morgan atau dihitung dengan rumus $S = \sqrt{\frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}}$ • Setiap pertanyaan survei masing-masing unsur diberi nilai penimbang, dengan menghitung bobot nilai rata-rata tertimbang • Nilai survei kepuasan pasien dihitung dengan membagi jumlah nilai persepsi per unsur dengan total unsur yang berisi (jumlah responden yang mengisi survei), lalu dikalikan dengan nilai penimbang • Nilai survei kepuasan tersebut dikonversikan dengan dikalikan dengan 25 untuk mendapatkan nilai antara rentang 25-100 (nilai interval konversi) <p>2) Menghitung kepuasan pasien di satu unit Menjumlahkan nilai interval konversi tiap unsur yang diukur untuk mendapatkan total skor kepuasan pasien di satu unit</p>

3) Menghitung kepuasan pasien di rumah sakit

- Rata-ratakan nilai kepuasan pasien dari seluruh unit untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien di rumah sakit
- Tentukan hasil kinerja pelayanan seluruh rumah sakit dengan melihat tingkat kinerja pelayanan yang sesuai dengan nilai kepuasan pasien seluruh rumah sakit

Tabel konversi nilai kepuasan

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

Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	(76,61-88,30) Baik	(76,61-88,30) Baik	(76,61-88,30) Baik	(88,31-100) Sangat Baik	(88,31-100) Sangat Baik

IKU 3 : Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target

Perspektif	<i>Stakeholder</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya penyelenggaraan pengampunan nasional untuk penyakit prioritas				
IKU	Persentase Pencapaian Lokasi (Lokus) yang Dikelola/ Diampu Sesuai Target				
Definisi	<p>a. Persentase lokus atau jumlah rumah sakit yang berhasil diampu untuk pelayanan KJSU-KIA untuk rumah sakit umum dan pelayanan spesialisasi untuk rumah sakit khusus dibandingkan dengan total jumlah rumah sakit yang seharusnya diampu</p> <p>b. Indikator ini ditujukan untuk rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu yang dapat mengacu pada Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1277/2024 dan KepDirjen tentang Rumah Sakit Pengampu Regional pelayanan kanker, jantung dan pembuluh darah, stroke, uronefrologi dan kesehatan ibu dan anak</p>				
Rumus	$\frac{\text{Rumah Sakit yang Berhasil Diampu}}{\text{Jumlah Total Rumah Sakit yang Seharusnya Diampu}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	50%	57,5%	655	72,5%	80%

IKU 4 : Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian

Perspektif	<i>Stakeholder</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya pusat pendidikan, pelatihan dan penelitian yang berkesinambungan				
IKU	Persentase Pendapatan yang Diperoleh dari Semua Penelitian				
Definisi	<p>a. Proporsi pendapatan yang didapat dari aktivitas penelitian dibandingkan dengan total pendapatan operasional rumah sakit</p> <p>b. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN</p> <p>c. Pendapatan yang diakui adalah seluruh pendapatan yang berhubungan dengan kegiatan penelitian, termasuk penelitian translasional, hibah, dan uji klinis</p> <p>d. Pencapaian target pendapatan yang diperoleh dari aktivitas penelitian tiap rumah sakit ditentukan berdasarkan pengelompokan, merujuk kepada 4 dan/ atau perbaruannya</p> <p>e. Target pendapatan penelitian diklasifikasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 31 tahun 2022 dan/ atau perbaruannya</p>				
Rumus	$\frac{\text{Total Pendapatan dari Semua Penelitian CRU}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Penelitian				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	1%	1%	1%	1%	1%

IKU 5 : Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal				
IKU	Persentase Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi untuk Seluruh Layanan				
Definisi	<p>a. Pengukuran implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) terintegrasi merujuk kepada Permenkes No. 82 tahun 2013 Standar Modul untuk pengembangan <i>Back Office</i></p> <p>b. Mengukur keberhasilan implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) Terintegrasi yang mencakup:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Persentase integrasi RME ke Satu Sehat¹ (W=20%) 2) Persentase integrasi pendaftaran rumah sakit <i>online</i> dengan antrian BPJS (W=20%) 3) Persentase integrasi sistem <i>inventory</i>² (W =20%) 4) Persentase integrasi <i>Human Resources Informastion System</i> (HRIS) data dan administrasi pegawai dengan SIRS³ (W=20%) 5) Persentase integrasi <i>Finance Information System</i> dengan SIRS⁴ (W =20%) <p>Catatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> ¹ Sistem RME terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKN) SatuSehat; 100% data pasien sukses terkirim dan <i>ter-update</i> di dalam SatuSehat ² Sistem <i>inventory</i> sudah terintegrasi dengan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan inventori ³ Sistem HRIS sudah terintegrasi dengan sistem remunerasi yang memperhitungkan kuantitas dan kualitas jasa/ pelayanan yang diberikan, dan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan SDM/ HRD ⁴ Sistem <i>finance</i> terintegrasi dengan SAKTI untuk pelaporan dengan metode SAP serta menghasilkan 12 indikator keuangan dan laporan keuangan berbasis SAK dan SAP, dan menerapkan laporan "<i>Back Office</i>" dalam <i>ERP system</i> untuk laporan keuangan/ <i>finance</i> berbasis SAK 				
Rumus	$(\Sigma(AxW) + (BxW) + (CxW) + (DxW) + (**ExW)$ <p>*W = <i>weight/</i> bobot</p>				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	25%	50%	75%	90%	100%

IKU 6 : Skor BLU *Maturity Rating*

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata Kelola yang Bersih dan akuntabel				
IKU	Skor BLU <i>Maturity Rating</i>				
Definisi	<p>Rumah sakit mengukur BLU <i>maturity rating</i> mengacu kepada Perdirjen Perbendaharaan No. PER 11/PB/2021. Kerangka yang digunakan dalam penilaian BLU <i>service and governance maturity rating</i> (BLUSmart)</p> <p>A. <i>Result Based</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian dilakukan berdasarkan target capaian yang telah ditetapkan • Pada setiap tingkatan maturitas, juga mempertimbangkan tren capaian. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>output</i> yang dihasilkan dari suatu aktivitas dan bersifat kumulatif • Pada <i>result based</i>, aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek keuangan dan aspek pelayanan <p>B. <i>Process Based</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Penilaian dilakukan berdasarkan pemenuhan atas proses yang akan diukur, dimana masing-masing level memiliki kriteria masing-masing. Pada konteks ini, penilaian maturitas dilakukan berdasarkan <i>input</i> maupun <i>output</i> yang mendeskripsikan proses secara keseluruhan • Pada <i>process based</i> aspek yang akan diperhitungkan adalah aspek kapabilitas internal, aspek tata kelola dan kepemimpinan, aspek inovasi, aspek lingkungan • Dari kedua aspek tersebut terdapat lima level maturitas • Level 1: <i>initial or ad hoc</i>; level 2: <i>managed</i>; level 3: <i>defined</i>; level 4: <i>predictable</i> dan level 5: <i>optimizing</i> • Capaian diakui adalah sesuai penilaian dari PPK BLU 				
Rumus	Total Skor = bobot x Capaian Maturitas				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	Level 3	Level 3	Level 3	Level 3	Level 4

IKU 7 : *Bed Occupancy Rate / BOR*

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Proses Bisnis yang Efektif dan Efisien				
I K U	<i>Bed Occupancy Rate / BOR</i>				
Definisi	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu				
Rumus	[Jumlah hari perawatan di rumah sakit dibagi (Jumlah tempat Tidur x Jumlah hari dalam satu periode)] x 100%				
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Instalasi Rekam Medis				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	70%	70%	70%	70%	70%

IKU 8 : Bed Occupancy Rate / BOR

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten				
IKU	<i>Healthcare Associated Infections (HAIs) rate</i>				
Definisi	<p><i>Sureveillance</i> HAIs merujuk kepada Permenkes nomor 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p> <p>Menghitung jumlah insiden untuk 4 poin infeksi:</p> <p>A. CAUTI (<i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>)</p> <p>B. VAP (<i>Ventilator Associted Pneumonia</i>)</p> <p>C. CLABSI (<i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>) di ruang ICU, HCU, NICU dan PICU</p> <p>D. SSI (<i>Surgical Site Infection</i>) – dengan jenis tindakan operasi di rumah sakit: bedah orthopedi (ORIF atau <i>Total Hip Replacement</i>), seksio sesaria, apendektomi, herniotomi, katarak, CABG dan tumor jinak payudara</p> <p>*) Sumber: Definisi operasional dan detail formula jumlah insiden CAUTI, VAP, CLABSI dan SSI dapat mengacu pada: Kepdirjen Yankes no: YM.01.02/D.VI/97/2024</p>				
Rumus	<p>A : Σ insiden CAUTI</p> <p>B : Σ insiden VAP</p> <p>C : Σ insiden CLABSI</p> <p>D : Σ insiden SSI</p> <p>A: (jumlah kasus CAUTI : jumlah lama hari pemakaian kateter urin menetap) x 1000 <i>catheter urinary-days</i></p> <p>B: (jumlah kasus VAP1 : jumlah lama hari pemakaian ventilator) x 1000 <i>ventilator days</i></p> <p>C: (jumlah kaus CLABSI1 : jumlah lama hari pemakaian vena sentral) x 1000 <i>central days</i></p> <p>D: (jumlah kasus SSI1 : jumlah tindakan operasi) x 100</p> <p>1: Jumlah terjadinya kasus (bukan per orang)</p>				
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰	A: < 1,0 ‰
	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰	B: < 1,0 ‰
	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰	C: < 1,0 ‰
	D: < 1,0 ‰	D: < 1,0 ‰	D: < 1,0 ‰	D: < 1,0 ‰	D: < 1,0 ‰

IKU 9 : Persentase Standar Klinis yang Tercapai

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Mutu Layanan Klinis yang Baik dan Konsisten				
IKU	Persentase Standar Klinis yang Tercapai				
Definisi	<p>Indikator persentase standar klinis yang tercapai mengukur berapa banyak indikator standar klinis (sesuai dengan spesialisasi atau layanan unggulan yang dipilih) yang berhasil dicapai rumah sakit</p> <p>Indikator standar klinis untuk layanan stroke adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien stroke hiperakut (<4,5 jam) dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala non kontrak \leq 30 menit => target 80% 2. Pasien stroke iskemik dengan onset < 4,5 jam yang mendapatkan terapi rTPA intravena => target 80% 3. Pasien stroke iskemik dengan <i>Length of Stay</i> (LOS) < 7 hari => target 80% 4. Pasien stroke iskemik pulang dalam kondisi hidup => target 80% 				
Rumus	Jumlah indikator yang tercapai / jumlah seluruh indikator yang diukur rumah sakit x 100%				
Person In Charge	Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang				
Sumber Data	<ol style="list-style-type: none"> a. Instalasi Radiologi b. Instalasi Gawat Darurat c. Instalasi Rawat Inap 				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	80%	80%	80%	80%	80%

IKU 10 : Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Kegiatan Pemasaran yang Inovatif dan Berfokus kepada Pelanggan				
IKU	Persentase Pendapatan Non-JKN Terhadap Pendapatan Keseluruhan Rumah Sakit				
Definisi	<p>a. Pendapatan non-JKN adalah pendapatan yang didapatkan pada tahun berjalan dari layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selain dari pasien dengan pembiayaan JKN (BPJS Kesehatan)</p> <p>b. Dalam hal terdapat pasien JKN yang naik kelas, maka selisih pendapatan yang tidak ditanggung JKN (BPJS Kesehatan) dihitung menjadi pendapatan non-JKN</p> <p>c. Pendapatan operasional merupakan seluruh pendapatan yang berasal dari pelayanan medis, mencakup pelayanan untuk pasien JKN dan pasien non-JKN</p> <p>d. Pencapaian target pendapatan non-JKN setiap rumah sakit berdasarkan pengelompokan yang merujuk kepada Permenkes No. 26 tahun 2022</p>				
Rumus	$\frac{\text{Pendapatan Non-JKN}}{\text{Total Pendapatan Operasional}} \times 100\%$				
Person In Charge	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional				
Sumber Data	Tim Kerja Akuntansi dan BMN				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	10%	10%	15%	30%	50%

IKU 11 : Skor Tingkat Kepuasan Pegawai

Perspektif	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK				
I K U	Skor Tingkat Kepuasan Pegawai				
Definisi	<p>a. Survei kepuasan pegawai mengikuti prosedur diselenggarakannya survei kepuasan pasien, sebagaimana iatur di Peraturan Menteri PANRB No. 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat</p> <p>b. Sasaran Responden adalah seluruh pegawai rumah sakit</p> <p>c. Survei kepuasan pegawai ditujukan kepada seluruh pegawai rumah sakit dan dikumpulkan di setiap direktorat rumah sakit</p> <p>d. Unsur survei kepuasan pegawai Pertanyaan survei kepuasan pegawai diturunkan dari 8 unsur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unsur 1: Lingkungan kerja • Unsur 2: Hubungan dengan atasan • Unsur 3: Penghargaan dan pengukuran • Unsur 4: Kesempatan pengembangan karir • Unsur 5: Gaji dan kompensasi • Unsur 6: Keseimbangan kerja dan kehidupan • Unsur 7: Komunikasi dalam rumah sakit • Unsur 8: Budaya rumah sakit <p>e. Pengukuran respon survei menggunakan skala Likert, dimana responden memberikan nilai satu sampai empat untuk tiap pertanyaan</p> <p>f. Metode pelaksanaan Pelaksanaan survei mengikuti teknik kuesioner dengan tatap mata, wawancara, atau survei secara elektronik (<i>e-survey</i>)</p> <p>g. Survei diselenggarakan oleh pihak eksternal</p>				
Rumus	<p>Bobot nilai rata-rata tertimbang = $(1) / \text{jumlah unsur}$</p> <p>Nilai survei kepuasan = $(\text{total dari nilai persepsi per unsur} / \text{total unsur yang terisi}) \times \text{nilai penimbang}$</p> <p>Konversi nilai survei kepuasan = $\text{nilai survei kepuasan} \times 25$</p> <p>Total nilai kepuasan = penjumlahan semua konversi nilai survei kepuasan tiap unsur</p>				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Organisasi dan SDM				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	(76,61-88,30) Puas	(76,61-88,30) Puas	(76,61-88,30) Puas	(88,31-100) Sangat Puas	(88,31-100) Sangat Puas

IKU 12 : Training Effectiviness Index (TEI)

Perspektif	<i>Learning and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM yang Andal dan Budaya Organisasi yang ber-AKHLAK				
IKU	<i>Training Effectiviness Index (TEI)</i>				
Definisi	<i>Training Effectiviness Index (TEI)</i> a. Tenaga kesehatan dan tenaga medis diharapkan mendapatkan 40 jam pembelajaran (JPL) b. Peningkatan kompetensi yang dimaksud adalah peningkatan kapabilitas tenaga kesehatan dan tenaga medis yang difasilitasi oleh rumah sakit c. Contoh pemberian fasilitas dari rumah sakit berupa pembiayaan pelatihan				
Rumus	TEI = Persentase tenaga kesehatan dan tenaga medis yang mencapai 40 JPL dari peningkatan kompetensi yang difasilitasi oleh rumah sakit				
Person In Charge	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian				
Sumber Data	Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2025	2026	2027	2028	2029
	70%	73,75%	77,5%	81,25%	85%