



RSUP DR. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

# LAPORAN AKUNTABILITAS INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2023



**PERNYATAAN TELAH DIREVIU**  
**RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**  
**TAHUN ANGGARAN 2023**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar untuk Tahun Anggaran 2023 sesuai Pedoman reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggungjawab manajemen RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Makassar, Januari 2024

Ketua Satuan Pengawas Intern



Dr.Sakir Sila,SH,MH

Nip. 197602181996031003

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**LAKIP TAHUN 2023**

Dengan ini saya menyatakan bahwa :  
Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Pemerintah (LAKIP) Tahun 2023 adalah valid.

Makassar, Januari 2024

1. Direktur Utama

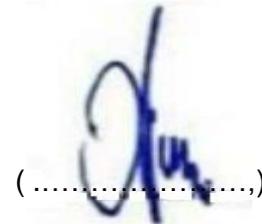
Prof. dr Mansyur Arif. Ph.D. Sp.PK(K)



(.....)

2. Plt.Direktur Pelayanan, Medik dan Keperawatan

dr. Andi Tenrisanna Devi, Sp.M (K), MARS



(.....)

3. Direktur Perencanaan,Keuangan dan  
Layanan Operasional

Angriany Rauf,S.Si,SE.Apt,M.Adm.Kes



(.....)

4. Direktur Sumber Daya Manusia,Pendidikan  
dan Penelitian

Dr.I Nyoman Dharma Wiasa,SKp.SH,MM,M.Kes,MH



(.....)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nyalah sehingga penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2023 dapat kami lalui dengan melaksanakan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan di periode sebelumnya.

Tahun 2023, bagi RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar merupakan tahun keempat melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020 – 2024

Penyusunan LAKIP mengacu pada Permenkes Nomor : 2416/MENKES/PER/XII/2011 tanggal 1 Desember 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, serta Permenpan dan Reformasi Birokrasi No 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, dimana Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar mengacu pada Penetapan Kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2023 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014 tentang petunjuk teknis penyusunan perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan reviu atas laporan kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 88 Tahun 2021 tentang evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP).

Kami menyadari bahwa Laporan Kinerja ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan feed back atas LAKIP kami, untuk perbaikan di periode yang akan datang.

Makassar, Januari 2024

  
Prof. dr. Masyur Arif, Ph.D, Sp.PK(K)  
NIP 19641041990021001

## DAFTAR ISI

Pernyataan Telah di Reviu	ii
Lembar Persetujuan	iii
Kata pengantar	iv
Daftar isi	vi
Daftar tabel	vii
Daftar grafik	xii
Lembar pengesahan	vii
Ringkasan eksekutif	vii
<b>BAB I . PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	3
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
D. Tantangan dan Sasaran strategis	6
E. Sistematika Penulisan	8
<b>BAB II. PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA</b>	
A. Perencanaan Kerja Tahun 2023	12
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2023	13
<b>BAB III. AKUBTABILITAS KINERJA</b>	
A. I. Analisa Capaian Indikator Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategia	21
II. Analisis Capaian Kinerja Indikator Mandatory	94
B. Sumber Daya	
B.1. Sumber Daya Manusia	153
B.2. Sarana dan Prasarana	158
B.3. Sumber Daya Keu	162
<b>BAB IV. PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan	158
B. Saran	158
C. Rencana Tindak lanjut dan Rekomendasi	159

## DAFTAR TABEL

2.1	Matriks perencanaan tahun 2020 – 2024 setelah revisi	10
2.2	Perjanjian Kinerja	14
3.1	CApaian kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2023.	21
3.2	Rekapitulasi hasil survey kepuasan tahun 2023	25
3.3	Perbandingan persentase kepuasan pasien tahun 2022 -2023	28
3.4	Rekapitulasi hasil survei kepuasan pasien yangyang perlu ditindaklanjuti tahun 2023	30
3.5	Sarana dan keluhan pasien selama survey tahun 2023	38
3.6	Perbandingan capaian indicator persen tindak lanjut survey tahun 2023	39
3.7	Capaian perindikator ketepana waktu layann	43
3.8	Perbandingan capaian ketepatan waktu layanan tahun 2022 – 2023	44
3.9	Indicator pengakuan stakeholder	48
3.10	Capaian aspek keuangan tahun 2023	50
3.11	Capaian aspek layanan tahun 2023	51
3.12	Capaian aspek mutu dan manfaat bagi masyarakat tahun 2023	52
3.13	Perbandingan capaian indicator kinerja BLU tahun 2022 – 2023	54
3.14	Hasil audit lakip	57
3.15	Indicator penataan penguatan organisasi	59
3.16	Pengampuan jens layanan yang terlaksana tahun 2022 – 2023	61
3.17	Perbandingan capaian collection periode tahun 2022 – 2023	64
3.18	Perbandingan capaian reformasi birokrasi tahun 2022 – 2023	67
3.19	Indicator peningkatan mutu pelayanan, pendidikan, penelitian yang berkelanjutan	69
3.20	Capaian indicator mutu rumah sakit	72
3.21	Perbandingan capaian indicator mutu rumah sakit tahun 2022 - 2023	75

3.22	Capaian indicator penelitian yang dipublikasikan tahun 2022 – 2023	78
3.23	Capaian SISRUTE tahun 2022 – 2023	81
3.24	Indicator layanan promotif dan preventif	82
3.25	Perbandingan capaian indicator pertumbuhan layanan MCU..	84
3.26	Perbandingan capaian indicator penambahan KSO tahun 2022 -2023	84
3.27	Perbandingan capaian indicator Geriatri	71
3.28	Indicator terwujudnya peningkatan kompetensi SDM yang kompetitif	73
3.29	Capaian presentase staf dengan pelatihan minimal 20 jam....	74
3.30	Persentase capaian kompetensi staf yang sesuai	77
3.31	Indicator terwujudnya sarana prasarana yang andal	79
3.32	Perbandingan capaian persentase efektifitas alat medis utama	80
3.33	Capaian persentase green hospital	83
3.34	Indicator terwujudnya tahapan pengembangan SIMRS	85
3.35	Tahapan pengembangan SIMRS	86
3.36	Audit Laporn Keuangan Tahun 2022 – 2023	89
3.37	Pertumbuhan pendapatan	91
3.38	Pengukuran capaian pemenuhan SPJ UPT Vertikal sesuai standar	94
3.39	Pengukuran capaian penurunan jumlah kematian di RS Vertikal	96
3.40	Pengukuran capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas 6 bulan Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	97
3.41	Terselenggaranya pelayanan unggulan VVIP sesuai dengan RBA	99
3.42	Pengukuran capaian peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	101
3.43	Pengukuran capaian layanan unggulan bertaraf internasional	102
3.44	Pengukuran capaian fasilitas parkir sesuai standar	104

3.45	Pengukuran capaian kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	105
3.46	Pengukuran capaian waktu tunggu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	107
3.47	Pengukuran capaian ketepatan waktu pelayanan poliklinik	108
3.48	Pengukuran capaian laporan bulanan pengukuran 13 indikator nasional mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	112
3.49	Capaian laporan bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	114
3.50	Pengukuran capaian kebersihan tangan	116
3.51	Capaian hasil pengukuran kepatuhan penggunaan APD sesuai standar	118
3.52	Capaian hasil pengukuran kepatuhan identifikasi pasien sesuai standar	120
3.53	Capaian hasil pengukuran waktu tanggap operasi seksio sesarea emergency sesuai standar	121
3.54	Capaian hasil pengukuran waktu tunggu rawat jalan sesuai standar	123
3.55	Capaian hasil pengukuran penundaan operasi elektif sesuai standar	124
3.56	Capaian hasil pengukuran ketepatan waktu visite dokter sesuai standar	126
3.57	Capaian hasil pengukuran pelaporan hasil kritis laboratorium sesuai standar	127
3.58	Capaian hasil pengukuran kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	128
3.59	Pengukuran capaian pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai standar	129
3.60	Pengukuran capaian kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh	130
3.61	Pengukuran kecepatan waktu tanggap complain	133

3.62	Pengukuran capaian kecepatan waktu tanggap komplain	133
3.63	Pengukuran capaian terselenggarangan integrasei surveillans berbasis digital	133
3.64	Pengukuran capaian waktu tanggap operasi seksio sesarea dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	135
3.65	Pengukurn capaian implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK layanan penunjang (Laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik dan farmasi)	137
3.66	Pengukuran capaian rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	138
3.68	Pengukuran capaian persentase realisasi target pendapatan BLU	140
3.69	Pengukuran persentase realisasi Anggaran bersumber rupiah murni	141
3.70	Pengukuran persentase nilai EBIDTA	143
3.71	Distribusi SDM tahun 2023	144
3.72	Pembelian perawatan dan mesin	149
3.73	Rincian saldo mutasi Gedung dan Bangunan	150
3.74	Rincian saldo mutasi jalan irigasi dan jaringan	151
3.75	Perbandingan pendapatan	153
3.76	Rincian anggaran realisasi belanja	153
3.77	Perbandingan realisasi belanja	154
3.78	Perbandingan belanja pegawai	154
3.79	Perbandingan belanja barang per 31 desember tahun 2022 - 2023	155
3.80	Perbandingan belanja modal	156

## DAFTAR GRAFIK

3.1	Sasaran Strategis Terwujudnta Kepuasan Pasien	23
3.2	Pengukuran Kepuasan Pasien TAhun 2022 – 2023	26
3.3	Pengukuran capaian indikator ketepatan waktu pelayanan tahun 2022 – 2023	33
3.4	Pengukuran capaian ketepatan waktu pelayanan tahun 2022 -2023	36
3.5	Sasaran strategis terwujudnya peningkatan mutu pelayanan Pendidikan dan penelitian yang berkelanjutan	49
3.6	Pengukuran capaian collection periode tahun 2022 – 2023	52
3.7	Indikator peningkatan mutu pelayanan, pendidikan, dan penelitian	57
3.8	Capaian indikator peningkatan mutu rumah sakit	59
3.9	Perbandingan pengukuran indikator pertumbuhan layanan MCU.	67
3.10	Perbandingan capaian indikator penambahan KSO	69
3.11	Indikator terwujudnya peningkatan kompetensi SDM yang kompetitif	73
3.12	Terwujudnya sarana prasarana yang andal	79
3.13	Perbandingan distribusi SDM berdasarkan tingkat Pendidikan dan golongan/ Jabatan	147

---

## **RINGKASAN EKSEKUTIF**

Laporan Kinerja Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan alat penilai kinerja secara kuantitatif dan sebagai wujud akuntabilitas pelaksanaan tugas dan fungsi menuju terwujudnya good governance, yang didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kebijakan yang transparan, dimana secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama Tahun 2023. Rencana kinerja Tahun 2023 dan penetapan kinerja 2023 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama Tahun 2023 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020-2024.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Laporan ini dibuat sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam mencapai visi, misi, tujuan, sasaran organisasi yang akan dicapai, penyusunan pertanggungjawaban pelaksanaan seluruh kegiatan di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengacu pada tugas pokok dan fungsi Organisasi yang dijabarkan dalam Perjanjian Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2023, kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelayanan, dilakukan pengintegrasian Balai Kesehatan Traditional Masyarakat dan Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat di Makassar dengan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menjadi Unit Pelayanan Fungsional ( berdasarkan PMK No.26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan).

RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam Menyusun RSB berdasarkan 4 perspektif yaitu : 1) Financial, 2) Stakeholder, 3) Proses Bisnis Internal dan 4) Learning dan Growth dan pihak manajemen RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar juga telah menentukan langkah-langkah strategis dalam mempertimbangkan kepentingan segenap stakeholder, inisiatif-inisiatif program dan kesehatan yang disusun melalui suatu pendekatan yang sistematis serta terintegrasi dimasing-masing unit kerja. Tolak ukur yang digunakan adalah Indikator Kinerja Utama atau Key Performance Indikator yang terdiri dari 20 indikator ditambah dengan 35

indikator mandatory yang merupakan indikator tambahan yang wajib dilakukan pengukuran kinerja pada rumah sakit vertical, dan salah satunya adalah Indikator kinerja BLU, jadi total 55 indicator kinerja pada Penetapan Kinerja. Pencapaian nilai indikator Perjanjian Kinerja ( Key Performance Indikator) ada 4 perspektif pengukuran yang dilakukan yaitu perspektif stakeholder capaiannya 60% dari total bobot nilai, perspektif proses bisnis capaiannya 80%, perspektif pengembangan personal dan organisasi 100% dan perspektif finansial capaiannya 100%. Pada Tahun 2023 ada penambahan indikator kinerja yaitu indikator mandatory dengan capaian 80%.

Secara keseluruhan realisasi dari target Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2023 sebesar 83,64% (46 dari 55 IKK) telah mencapai target, Sedangkan IKK yang belum mencapai target sebesar 16,36% (9 dari 55). Hal ini dapat diketahui dari hasil perhitungan indikator kinerja kegiatan yang termaktub dalam Perjanjian Kinerja (PK) 2023 dimana capaiannya terakumulasi dari Indikator Kinerja Utama (IKU) ditambah dengan Indikator Mandatory.

Pencapaian 46 indikator patut disyukuri dan diapresiasi atas kerja keras dan komitmen yang tinggi *civitas hospitalia* selama tahun 2023, sedangkan 9 indikator yang belum tercapai menjadi *input* untuk perbaikan dimasa yang akan datang, sehingga semua program dan indikator kinerja dapat tercapai sesuai yang ditetapkan.

Berdasarkan penilaian kinerja BLU Perdirjen Nomor: PER-24/PB/2018 kriteria penilaian kinerja BLU RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2023 digolongkan Baik (AA) dengan total skor 90,75. Penilaian BLU Maturity Rating Tahun 2022 dimana penilaiannya mulai dilakukan pada tahun 2023 adalah 2,89. Pada Tahun 2023 pencapaian penerimaan sebesar Rp. 104% atau dari target PNPB tahun 2023 sebesar **Rp. 129.939.878.881,-**. Capaian tersebut sudah melampaui target, dan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar beserta seluruh jajaran berkomitmen akan selalu meningkatkan kinerja untuk memenuhi capaian target yang diamanatkan.

Secara rinci realisasi anggaran RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2023 dapat dilihat seperti berikut :

1. Anggaran APBN (Rupiah Murni) sebesar Rp Rp **89,596,207,000** dengan

rincian anggaran : belanja pegawai sebesar RP 38,025,416,000 dengan realisasi tahun 2023 sebesar Rp. 37,120,375,000,- (97.62%), belanja barang sebesar Rp. 33.025.037.000,- dengan realisasi pada tahun 2023 sebesar Rp. 31,432,321,313,-(95.18%) sementara belanja modal sebesar Rp. 18.545.754,000., dengan realisasi pada tahun 2023 sebesar 18,196,951,838,- (98.12%).

2. Anggaran PNBP (BLU) tahun 2023 sebesar Rp **163,274,480,000**, (Termasuk Penggunaan Saldo Awal BLU) dengan rincian belanja yaitu belanja barang sebesar Rp. 124,087,151,000., dengan realisasi pada tahun 2023 sebesar Rp. 36,806,921,849,- (93.93%).

Realisasi penerimaan tahun 2023 dapat dilihat rincian sebagai berikut:

- a) Realisasi penerimaan Pendapatan PNBP-BLU sebesar Rp 129,939,878,881,- (104%) dari target Rp.125.000.000,000,-

- b) Realisasi Belanja

Jenis Belanja / Sumber Anggaran	Pagu	Realisasi	%
<b>Rupiah Murni</b>	<b>89.596.207.000</b>	<b>86.749.648.813</b>	<b>96.82</b>
Belanja Pegawai	38.025.416.000	37.120.375.662	97.62
Belanja Barang	33.025.037.000	31.432.321.313	95.18
Belanja Modal	18.545.754.000	18.196.951.838	98.12
<b>BLU</b>	<b>163.274.480.000</b>	<b>155.046.348.429</b>	<b>94.96</b>
Belanja Barang	124.087.151.000	118.239.426.000	95,29
Belanja Modal	39.187.329.000	36.806.921.849	93.93
<b>TOTAL</b>	<b>252.870.687.000</b>	<b>241.795.997.242</b>	<b>95.62</b>

Upaya tindak lanjut yang perlu dilakukan adalah peningkatan sumber daya manusia dan pengembangan layanan yang tidak terlalu bergantung pada sistem penjaminan BPJS, optimalisasi sarana prasana yang sudah ada untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pelayanan. Mengoptimalkan kegiatan promosi layanan dengan mengembangkan community base yang diharapkan akan bertumbuh loyalitas pasien pada layanan rumah sakit.

Memanfaatkan setiap lahan rumah sakit untuk meningkatkan pendapatan serta kenyamanan pasien dalam lingkungan rumah sakit selama menjalani perawatan, dan hal penting yang perlu menjadi perhatian adalah optimalisasi koordinasi antar unit dalam peningkatan mutu dan produktifitas layanan rumah sakit

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. GAMBARAN UMUM**

Pada awal pendiriannya RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar merupakan salahsatu rumah sakit khusus kusta yang menjadi Rumah Sakit Pembina dan sekaligus sebagai pusat rujukan kusta di Kawasan Timur Indonesia sesuai SK Menteri Kesehatan Nomor 270/MENKES/SK/VI/1985, Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menghadapi tantangan yang berat karena perkembangan jaman di mana kompetitor semakin banyak dan ketat serta adanya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang berkualitas, sehingga menuntut RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar untuk melakukan perubahan dari internal tanpa mengabaikan lingkungan eksternal.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Tadjuddin Chalid Makassar telah ditetapkan sebagai instansi pemerintah yang menerapkan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum sesuai SK Menteri Keuangan ,Nomor 48/KMK.05/2010. serta dengan adanya pencapaian akreditasi paripurna dengan sertifikat nomor : KARS – SERT/597/II/2017 tertanggal 24 Januari 2017 dan pada tanggal 18 Oktober 2019 RS dr.Tadjuddin Chalid Makassar menjadi Rumah Sakit .

Namun dalam perjalanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar selama 2 (dua) tahun terakhir yaitu Tahun 2020 – 2022, banyak mengalami perubahan khususnya dalam pengembangan sarana prasarana seperti penambahan alat Kesehatan dan pengembangan jenis layanan termasuk adanya perubahan-perubahan regulasi seperti Perubahan Renstra Kementerian Kesehatan dan adanya merger dengan BBKPM dan BKTM Makasaar (Permenkes No.26 Tahun 2022).Didalam Permenkes tersebut diatur tentang penggabungan BBKPM Makassar dan BKTM Makassar sebagai Unit Layanan Baru kedalam struktur organisasi RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar yang sehingga Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 harus direvisi sesuai kondisi yang ada.

Dengan pengintegrasian beberapa UPT Kementerian Kesehatan ke dalam Rumah Sakit vertikal menjadi unit pelayanan fungsional, maka pelaksanaan tugas dan fungsi serta pengelolaan keuangan, pegawai, perlengkapan, dan dokumen yang dilaksanakan oleh:

- a. Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat di Makassar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Bidang Kesehatan Tradisional Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1499) dialihkan ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
- b. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat di Makassar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 36 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1504) dialihkan ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Tahun 2022 dilakukan revisi RSB menindaklanjuti Permenkes No.13 Tahun 2022 Tentang Perubahan atas Permenkes No.20 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Kunci dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan adalah adalah reformasi sistem kesehatan nasional yang diterjemahkan oleh Kementerian Kesehatan kedalam transformasi kesehatan.

Sebagai dasar penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) adalah :

1. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
2. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara.
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan
4. Peraturan Menteri Pendayaaan Aparatur Negara dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

5. Peraturan Menteri Pendayaaan Aparatur Negara dan RB No.88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu 1 tahun ( Bulan Januari – Desember) Tahun 2023 yang meliputi pengelolaan sumber daya keuangan, sarana dan prasarana dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid di tahun yang akan datang.

## **C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI**

### **Tugas Pokok**

Berdasarkan PMK No.26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS dilingkungan Kementerian Kesehatan maka RSUP. Dr.Tadjuddin Chalid sebagai Rumah Sakit Umum Pusat mempunyai tugas pokok yaitu, menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

### **Fungsi**

Dalam melaksanakan Tugas RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar berdasar pada PMK Nomor 26 Tahun 2022 yang menyelenggarakan fungsi :

1. Penyusunan rencana program dan anggaran
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
3. Pengelolaan pelayanan non medis
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanankesehatan
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi

dibidang pelayanan kesehatan

7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara
8. Pengelolaan Organisasi dan sumber daya manusia
9. Pelaksanakan urusan hukum, kerja sama dan hubungan masyarakat.
10. Pengelolaan sistem informasi.
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelopran
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

Selain melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud diatas, RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK No.26 Tahun 2022).

### **Struktur Organisasi**

Susunan Organisasi RSUP Dr.Tadjuddin Chalid sampai saat ini adalah mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No.26 tahun 2022, dimana dilakukan klasifikasi RSUP yang ditetapkan berdasarkan penilaian klasifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ini yang pertama kali ditetapkan. Sesuai Peraturan Menteri kesehatan (PMK No.26 Tahun 2022 pasal 38) RSUP Dr.Tadjuddin Chalid masuk dalam klasifikasi RSUP Tipe III, dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama dengan membawahi:

- a) Direktorat Medik dan Keperawatan
- b) Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- c) Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

#### **1. Susunan Direksi sebagai Pejabat Pengelola BLU**

Susunan Direksi Rumah Sakit terdiri dari :

- a. Direktur Utama  
Prof.dr.Mansyur Arif,PhD,Sp.PK(K)  
Sesuai SK Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor
- b. P I t . Direktur Pelayanan dan Keperawatan

dr. Andi Tenrisanna Devi Indira, Sp.M (K), MARS.

Sesuai SK Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

- c. Direktur,Perencanaan,Keuangan dan Layanan Operasional Angriany Rauf,S.Si,SE,Apt,M.Adm.Kes
- d. Direktur Sumber Daya Manusia,Pendidikan dan Penelitian Dr.I Nyoman Dharma Wiasa,S.Kep,SH,MM,M.Kes,MH

## 2. Pejabat Pengawas RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar

Dewan Pengawas sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1326/2023 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang bersifat kolektif kolegial telah berakhir masa jabatan pada tanggal 5 September 2023.Untuk efektifitas, efisiensi dan responsibilitas dalam pelaksanaan pembinaan teknis pada RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar maka dibutuhkan pejabat pengawas, dengan Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : KP.01.04/D/9736/2023 tanggal 6 September 2023. Menetapkan **dr. A.Saguni, MA** sebagai pejabat pengawas pada RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sampai ditetapkannya Dewan Pengawas Definitif dengan tugas melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap tugas dan tanggungjawab Pejabat Pengelola dengan cara mengarahkan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan kebijakan strategis pada RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

Selain itu, dalam Permenkes tersebut mengatur pembentukan komite, kelompok staf medis, instalasi, kelompok jabatan fungsional dan Satuan Pemeriksa Internal (SPI) dalam membantu tugas Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan kesehatan serta meningkatkan kinerja rumah sakit, yaitu :

- a. Ketua Satuan Pemeriksa Intern (SPI) RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Dr.Sakir Sila,SH,MH dan unit-unit non structural.
- b. Selain itu, di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam

rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

- a. Komite Medik
- b. Komite Etik dan Hukum
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- e. Komite Keperawatan
- f. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumber daya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar yang telah direvisi ditetapkan pelayanan unggulan, sebagai berikut:

1. Pelayanan Rehabilitasi Medik
2. Pelayanan Bedah Vascular Neuro Intervention
3. Pelayanan Mata
4. Pelayanan Geriatri
5. Care Center : akupuntur, akupresur, ramuan, SPA

Terhitung tanggal 29 September 2023, ditetapkan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar No: HK.02.03/D.XXVII/9884/2023 tentang Penetapan Jumlah Tempat Tidur di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar : Kapasitas Tempat Tidur (TT) yang di operasionalkan 270 TT, terdiri dari : VIP/VVIP/Super VVIP 16 TT (5,92%), Kls I 55 TT (19,63%), Kls II 53 TT (19,63%), Kls III 109 TT (41,85%), Intensif 27 TT (9,63%), dan Isolasi 10 TT (3,70%) .

## **D. ASPEK STRATEGIS RSUP DR TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

### **2.1. Tantangan dan Tujuan Strategis**

#### **2.1.1 Tantangan Strategis**

Dalam rangka pencapaian visi ,misi dan tujuan

RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024, ditetapkan tantangan strategis sebagai berikut :

1. Mewujudkan pelayanan yang terintegrasi dengan Pendidikan dan penelitian yang berkualitas dan berkelanjutan
2. Mewujudkan budaya kerja yang berlandaskan nilai rumah sakit
3. Mewujudkan kesejahteraan karyawan
4. Mewujudkan kendali mutu dan kendali biaya
5. Mewujudkan pemenuhan keandalan sarana dan prasarana
6. Mewujudkan proses bisnis yang efektif dan efisien

### 2.1.2 Tujuan Strategis

Dengan semakin tingginya kondisi tuntutan Masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berfokus kepada pasien serta isu-isu strategis dan aspirasi stakeholder inti yang kemudian dilakukan proses analisis lingkungan baik internal maupun eksternal melalui Analisis SWOT, maka dirumuskan tujuan strategis RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar adalah : **“Menjadi Rumah Sakit Terpilih dan Terpercaya di Kawasan Timur Indonesia”**

Secara spesifik tujuan rencana strategis RSUP.Dr.tadjuddin Chalid Makassar adalah :

1. Panduan dalam menentukan kebijakan strategis dan prioritas tindakan selama periode lima tahunan
2. Pedoman strategis dalam pola penataan dan penguatan kelembagaan RSUP Dr.Tadjuddin Chalid
3. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar
4. Tersedianya rumusan program strategis dalam skala prioritas yang lebih tajam untuk mewujudkan visi RSUP.dr.Tadjuddin Chalid Makassar
5. Tersedianya indikator penilaian evaluasi kinerja organisasi RSUP.Dr.Taddjuddin Chalid Makassar

Mengarahkan semua unsur kekuatan dan factor kunci keberhasilan dalam menyelenggarakan peningkatan kualitas pelayanan RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

Dalam Rencana Strategis Bisnis periode Tahun 2020 – 2024, issue strategisyang dihadapi RSUP dr Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut :

- 1) Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif
- 2) Perubahan Pola Pikir (*Mind Set*) dan Budaya (*Culture Set*)
- 3) Penataan dan Pengelolaan Aset yang komprehensif
- 4) Pengelolaan *Green Hospital*
- 5) Pengelolaan dan Pengembangan SIMRS berbasis inovasi layanan
- 6) Reformasi Birokrasi Pelayanan
- 7) Pengelolaan Piutang yang Efektif
- 8) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
- 9) Penataan dan Penguatan Fungsi Pendidikan dan Penelitian
- 10) Pemanfaatan Marketing Intelligence untuk mendapatkan pelanggan
- 11) Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik.

## E. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin ChalidMakassar tahun 2023 berdasarkan Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Lapor Kinerja Intansi Pemerintah adalah sebagai berikut: Didahului dengan Kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

### BAB I Pendahuluan

Pada bab ini disajikan penjelasan umum RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dengan penekanan kepada aspek stratgis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

### BAB II Perencanaan Kinerja

Dalam bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar dan perjanjian kinerja tahun

2023

### BAB III Akuntabilitas Kinerja

#### A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja, sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

- 1) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
- 2) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu
- 3) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi.
- 4) Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional ( jika ada)
- 5) Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.
- 6) Analisis dan efisiensi penggunaan sumber daya.
- 7) Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

#### B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

### BAB IV Penutup

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

### Lampiran-Lampiran

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

Perencanaan Kinerja merupakan pentahapan langkah kegiatan tahunan yang di dasarkan pada sasaran dan program yang ada dalam Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024, dan Rencana Kerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2023 merupakan rencana tahun keempat dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020-2024 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar di tahun 2023.

**Tabel 2.1**  
**Matriks Perencanaan 2020-2024 Setelah Revisi**

SASARAN STRATEGIS	IKU	TARGET IKU PER TAHUN				
		2020	2021	2022	2023	2024
Terwujudnya Kepuasan Pasien	% Kepuasan Pasien	82%	83%	85%	86%	87%
	% Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	60%	70%	80%	90%	100%
	% Ketepatan Waktu Pelayanan	20%	40%	60%	80%	100%
Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	Indikator Kinerja BLU	AA	AA	AA	AA	AA
	Hasil Audit SAKIP	97	97	98	98	98,5
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	Capaian Collection Period	50	45	40	35	30
	Capaian Reformasi Birokrasi	Self Ass	Penilaian TPI	WBK	WBK	WBK
	% Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	65%	70%	75%	85%	90%

Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	Penelitian yang dipublikasikan	-	1	2	3	5
	SISRUTE	-	-	100%	100%	100%
	Pertumbuhan Layanan MCU	5%	10%	10%	15%	15%
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi	Peningkatan KSO	10	10	10	10	10
	% Pengembangan Layanan Geriatri	-	-	Lengkap	Madya	Sempurna
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang sesuai	% Staf dengan pelatihan minimal 20 jam/tahun	25%	30%	50%	75%	100%
	% Kompetensi SDM yang sesuai	50%	75%	80%	85%	90%
Terwujudnya Sarana dan Prasarana yang Andal	% Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan	65%	70%	75%	80%	85%
	Capaian Green Hospital	70%	75%	80%	85%	90%
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS	30%	40%	50%	60%	70%
Terwujudnya Pengelolaan Keuanganyang Sehat dan Bertumbuh	Laporan Keuangan	WTP	WTP	WTP	WTP	WTP
	Pertumbuhan Pendapatan	10%	10%	10%	10%	15%

---

## **A. RENCANA KINERJA TAHUN 2023**

Berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (Revisi 2) periode tahun 2020 – 2024 ada empat perspektif yang dijadikan acuan dalam menentukan Sasaran Strategisi.

Adapun ke empat strategi Tahun 2023 antara lain :

1. Perspektif Stakeholder
2. Perspektif Proses Bisnis
3. Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi
4. Perspektif Finansial

Dari empat perspektif diatas disusun sasaran strategis dari aspek klinis maupun aspek manajerial. Dalam Rencana Strategis Bisnis tahun 2023 di tetapkan.:

1. Sasaran Strategis Terwujudnya Kepuasan Pasien di tetapkan tiga indikator kinerjasebagai berikut :
  - a. Persentase Kepuasan Pasien dengan target 87 %
  - b. Persentase Tindak Lanjut Survey Kepuasan Pasien dengan target 90 %.
  - c. Ketepatan waktu pelayanan dengan target 80%
2. Sasaran Strategis Terwujudnya Pengakuan Stakeholder dengan dua indikator kinerjasebagai berikut :
  - a. Indikator Kinerja BLU dengan target AA
  - b. Hasil Audit SAKIP dengan target 98
3. Sasaran Strategis Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi dengan tiga indikator kinerja sebagai berikut:
  - a. Capaian Reformasi Birokrasi dengan target Penilaian Pengusulan WBK
  - b. Collection Periode dengan target 35 hari
4. Sasaran Strategis Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan dengan tiga indicator sebagai berikut :
  - a. Persentase Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS target 87 %.
  - b. Penelitian yang di Publikasikan dengan target 3 Penelitian
  - c. SISRUTE dengan target 100%

5. Sasaran Strategis Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasitiga indikator kinerja sebagai berikut.
  - a. Pertumbuhan Layanan MCU dengan target 15 %
  - b. Penambahan KSO dengan target 10
  - c. Pengembangan Layanan Geriatri dengan target Sempurna
6. Sasaran Strategis Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif dua indikator kinerja sebagai berikut:
  - a. Persentase Staf dengan Pelatihan min 20 Jam/Tahun dengan target 75 %.
  - b. Persentase Kompetensi SDM yang Sesuai dengan target 85 %
7. Sasaran Strategis Terwujudnya Sarana dan Prasarana Yang Andal ada dua indikator kinerja sebagai berikut:
  - a. Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan dengan target 80%
  - b. Capaian Green Hospital dengan target 85 %.
8. Sasaran Strategis Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS indikator sebagai berikut:

Tahapan Pengembangan Layanan SIMRS dengan target 60 %
9. Sasaran Strategis Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri indikator kinerja sebagai berikut:
  - a. Hasil Audit Laporan Keuangan dengan target WTP
  - b. Realisasi Pertumbuhan Pendapatan dengan target 10 %

## **B. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar disusun Key Performance Indikator (KPI) sebagai alat ukur untuk mengukur kinerja jangka panjang secara keseluruhan dalam satu periode tertentu. KPI secara khusus digunakan untuk membantu menentukan pencapaian strategis, keuangan dan operasional organisasi. Terdapat 55 KPI pada Tahun 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Selanjutnya indikator tersebut diturunkan menjadi indikator unit sesuai dengan tupoksi unit kerja masing-masing. Kemudian indikator tersebut dituangkan kedalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) sesuai dengan KPI yang telah diperjanjikan. Berikut adalah KPI yang telah diperjanjikan pada Tahun

2023. Perjanjian kinerja merupakan aplikasi dari rencana kerja yang dituangkan kedalam suatu dokumen pernyataan kinerja yang disetujui dan ditandatangani oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan di awal tahun berjalan yang didukung oleh alokasi anggaran tahun 2023 seperti berikut :

**Tabel.2.2**  
**Perjanjian Kinerja Tahun 2023**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
		2023
Terwujudnya Kepuasan Pasien	1. % Kepuasan Pasien	87%
	2. % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	90%
	3. % Ketepatan Waktu Pelayanan	80%
Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	4. Indikator Kinerja BLU	AA
	5. Hasil Evaluasi SAKIP	98
Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	6. % Pengampuan jenis layanan yang terlaksana	50%
	7. Capaian Collection Period ( Hari )	35
	8. Capaian Reformasi Birokrasi	Pengusulan WBK
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikandan Penelitian yang Berkelanjutan	9. % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	87%
	10. Penelitian yang dipublikasikan	3
	11. SISROUTE	100%
Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif yang Terintegrasi	12. % Peningkatan layanan MCU	15%
	13. Penambahan KSO	10
	14. Pengembangan Layanan Geriatri	Sempurna
	15. Pengembangan layanan KJSU	50%
Terwujudnya Peningkatan	16. % Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	75%
Kompetensi SDM yang Kompetitif	17. % Kompetensi SDM yang sesuai	85%
Terwujudnya Sarana dan Prasarana	18. Utilisasi Alat Medik Utama Layanan	80%

yang Andal	Unggulan	
	19. Capaian Green Hospital	85%
Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	20. Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS	60%
Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri	21. Hasil Audit Laporan Keuangan	WTP
	22. %Pertumbuhan Pendapatan	10%
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%
Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	24. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	<2.5
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 prioritas penyakit di rumah sakit	25. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di klinik VVIP	26. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	5%
	27. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP.	5%
Terselenggaranya pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
	29. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
	30. Tingkat Kepuasan Pasien terhadap pelayanan kesehatan	≥80%
	31. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
	32. Ketepatan waktu pelayanan	≥80%

	dipoliklinik	
	33. Tercapainya target indikator kinerja klinis layanan prioritas KJSU(ditentukan oleh direktorat TKPK)	1 indikator
Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	34. Laporan bulanan pengukuran 13 indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
	35. Laporan dan pencapaian bulan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian yang Berkelanjutan	36. Kepatuhan kebersihan tangan	90%
	37. Kepatuhan penggunaan APD	100%
	38. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	39. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	80%
	40. Waktu tunggu rawat jalan	80%
	41. Penundaan operasi elektif	5%
	42. Kepatuhan waktu visite dokter	80%
	43. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
	44. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	90%
	45. Kepatuhan terhadap alur klinis ( clinical pathway)	85%
Meningkatnya kemampuan surveilens berbasis lab.	46. Kepatuhan Upaya pencegahan resiko pasien jatuh	100%
	47. Kecepatan waktu tanggap komplain	80%
	48. Terselenggaranya integrasi sitem informasi surveilens berbasis digital	1 sistem

Indikator RPJMN	49. Waktu tanggap operasi section secara darurat dalam waktu $\leq$ 30 menit	30 menit
	50. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%
Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	51. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Dirjen pelayanan Kesehatan	92,50%
	52. Persentase Realisasi target pendapatan BLU	95 %
	53. Persentase Realisasi Anggaran berbasis RM	97%
	54. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
	55. Persentase Nilai EBITDA Margin	10%

Adapun Dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2023 antara Direktur Pelayanan dengan Direktur Utama RSUP Dr . Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut :

**Gambar : Perjanjian Kinerja Direktur Utama RSUP Dr.Taddjudin Chalid**

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

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

Nama : Prof. dr. Mansyur Arif, Ph.D. Sp.PK (K)  
Jabatan : Direktur Utama RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Kementerian Kesehatan RI

Selanjutnya disebut pihak pertama :

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS  
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Januari 2023

Pihak Pertama

  
Prof. dr. Mansyur Arif, Ph.D. Sp.PK(K)  
Nip.196411041990021001

Pihak Kedua

  
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS  
Nip.197106262000032001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023  
RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

NO	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
-1	-2	-3	-4
<b>A. PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>			
1	Terwujudnya Kepuasan Pasien	1. % Kepuasan Pasien	87%
		2. % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	90%
		3. % Ketepatan Waktu Pelayanan	80%
2	Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	4. Indikator Kinerja BLU	AA
		5. Hasil Evaluasi SAKIP	98
<b>B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS</b>			
3	Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	6. % Pengampunan jenis layanan yang terlaksana	50%
		7. Capaian Collection Period (Hari)	35
		8. Capaian Reformasi Birokrasi	Pengisian WBK
4	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	9. % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	87%
		10. Penelitian yang dipublikasikan	3
		11. SISRUITE	100%
5	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	12. % Peningkatan Layanan MCU	15%
		13. % Peningkatan KSO	10%
		14. % Pengembangan Layanan Geriatri	Sempurna
		15. % Pengembangan Layanan KJSU	50%
<b>C. PERSPEKTIF PENGEMBANGAN PERSONIL DAN ORGANISASI</b>			
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM Yang Kompetitif	16. % Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	75%
		17. % Kompetensi SDM yang sesuai	85%
7	Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal	18. % Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan	80%
		19. Uppalan Green Hospital	85%
8	Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	20. % Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS	60%
<b>D. PERSPEKTIF FINANSIAL</b>			
9	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang mandiri	21. Hasil Audit Laporan Keuangan	WTP
		22. % Pertumbuhan Pendapatan	10%

Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
-2	-3	-4
Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	23. Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%
Mengutamakan tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	24. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5
Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	26. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	5%
	27. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	5%
Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	28. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
	29. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
	30. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80
	31. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
	32. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	33. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (ditentukan oleh direktora TKPK)	1 indikator
	34. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
	35. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentineli	12 Laporan

NO	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
-1	-2	-3	-4
1	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	36. Kepatuhan kebersihan tangan	90%
		37. Kepatuhan penggunaan APD	100%
		38. Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		39. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	80%
		40. Waktu tunggu rawat jalan	80%
		41. Pemantauan operasi elektif	5%
		42. Kepatuhan waktu visit dokter	80%
		43. Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
2	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis digital	44. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	90%
		45. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	85%
		46. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		47. Kecepatan waktu tanggap komplain	80%
3	Indikator RPJMN	49. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	30 menit
		50. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
4	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	51. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut Dirjen. Pelayanan Kesehatan	92.50%
		52. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		53. Persentase realisasi Anggaran bersumber RM	97%
		54. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		55. Persentase nilai EBITDA Margin	10%
1. Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis Lainnya pada program pembinaan pelayanan kesehatan <b>Rp.184.136.443.000,-</b>			

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut diatas, jumlah Anggaran yang akan digunakan adalah sejumlah Rp.252.870.687.000,- yang bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp.89.596.207.000,- dan BLU sebesar Rp125.000.000,000,-. Alokasi anggaran tersebut belum termasuk saldo awal sebesar Rp.38.274.480.000,-

---

### **BAB III**

#### **AKUNTABILITAS KINERJA**

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis 2020 – 2024 RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar setelah ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kementerian Kesehatan .Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen khususnya membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan.

Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang telah dilakukan oleh satuan kerja sehingga dapat menilai tingkat keberhasilannya, dengan harapan ada peningkatan atau perbaikan dari tahun sebelumnya, dan dapat di jadikan acuan untuk perbaikan dan penyempurnaan program untuk tahun berikutnya.

Pada pelaksanaan pengukuran kinerja di bagi atas dua pembahasan yaitu pengukuran dan analisis pencapaian perjanjian kinerja (Key Performance Indikator) terhadap target yang ditetapkan serta pembahasan mengenai sumber daya yang mendukung pencapaian kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang dicapai secara nyata oleh RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 ( satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.1 : Capaian Kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar  
Tahun 2022 - 2023**

NO	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target Tahun 2023		Realisasi Tahun 2022	Realisasi Tahun 2023
			Satuan	Nilai		
-1	-2	-3	-4	-5	-6	-7
<b>A. PERSPEKTIF STAKEHOLDER</b>						
1	Terwujudnya Kepuasan Pasien	1. % Kepuasan Pasien	Persen	87	85,78%	83,73%
		2. % Tindak Lanjut Hasil Survei Kepuasan Pasien	Persen	90	81%	88,9%
		3. % Ketepatan Waktu Pelayanan	Persen	80	100%	100%
2	Terwujudnya Pengakuan Stakeholder	4. Indikator Kinerja BLU		AA	AA	AA
		5. Hasil Evaluasi SAKIP		98	88	Belum
<b>B. PERSPEKTIF PROSES BISNIS</b>						
3	Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi	6. % Pengampunan jenis layanan yang terlaksana	Persen	50	-	20%
		7. Capaian Collection Period (Hari)	Hari	35	25 Hari	9 Hari
		8. Capaian Reformasi Birokrasi		Pengusulan WBK	Assesmen	-
4	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	9. % Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS	Persen	87	78%	88,20%
		10. Penelitian yang dipublikasikan		3	0	4
		11. SISRUITE	Persen	100	100%	100%
5	Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif	12. % Peningkatan Layanan MCU	Persen	15	11%	151,49%
		13. Peningkatan KSO	Persen	10	12	19
		14. Pengembangan Layanan Geriatri		Sempurna	Lengkap	Lengkap
		15. % Pengembangan Layanan KJSU		50		50,75%
<b>C.PERSPEKTIF PENGEMBANGAN PERSONIL DAN ORGANISASI</b>						
6	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM Yang Kompetitif	16. % Staf dengan Pelatihan Min 20 Jam/Tahun	Persen	75	46,10%	89,45%
		17. % Kompetensi SDM yang sesuai	Persen	85	96,10%	94,64%
7	Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal	18. % Utilisasi Alat Medik Utama Layanan Unggulan	Persen	80	69%	84,13%
		19. Capaian Green Hospital	Persen	85	78,22%	88,75%
8	Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS	20. % Penerapan Pengembangan Layanan SIMRS	Persen	60	51%	74,75%
<b>D.PERSPEKTIF FINANSIAL</b>						
9	Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang mandiri	21. Hasil Audit Laporan Keuangan		WTP	WTP	WTP
		22. % Pertumbuhan Pendapatan	Persen	10	-17,62%	92,95%
10	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)	23. Persentase pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar	Persen	95		92,55%
11	Menguatnya Tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	24. Persentase penurunan jumlah kematian dirumah sakit vertikal		<2,5		0,5
12	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	25. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing masing rumah sakit setiap 6 bulan		2 kali		2 Kali
13	Meningkatnya Kunjungan pasien Non BPJS di klinik VVIP	26. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Persen	5		2%
		27. Persentase Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Persen	5		1,4%
14	Terselenggaranya pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal secara Optimal	28. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional		1 layanan		1 Layanan
		29. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Persen	70		90%
		30. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan		≥ 80		83,70%
		31. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Persen	≥ 80		91,20%
		32. Ketepatan waktu pelayanan dipoliklinik	Persen	≥ 80		93,75%
15	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	33. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	Indikator	1		3 Indikator
		34. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Laporan	12		12 Laporan
		35. Laporan pencapaian Bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Laporan	12		12 Laporan
16	Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang Berkelanjutan	36. Kepatuhan kebersihan tangan	Persen	90		88,44%
		37. Kepatuhan penggunaan APD	Persen	100		95,58%
		38. Kepatuhan identifikasi pasien	Persen	100		100%
		39. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	Persen	80		90%
		40. Waktu tunggu rawat jalan	Persen	80		93,75%
		41. Pemudaran operasi elektif	Persen	5		3,10%
		42. Kepatuhan waktu visit dokter	Persen	80		86,00%
		43. Pelaporan hasil kritis laboratorium	Persen	100		100,00%
		44. Kepatuhan penggunaan formulirium nasional	Persen	90		97,26%
		45. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	Persen	85		96,82%
17	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	46. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Persen	100		100%
		47. Kecepatan waktu tanggap komplain	Persen	80		100%
18	Indikator RPJMN	48. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	Sistem	1		1 Sistem
		49. Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Menit	30		100%
19	Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan	50. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Persen	100		82%
		51. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Persen	93		100%
		52. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Persen	95		103,95%
		53. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Persen	97		97,00%
		54. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Persen	95		95,00%
55. Persentase nilai EBITDA Margin :	Persen	10		-24%		

---

## **A. CAPAIAN KINERJA**

### **I. ANALISIS CAPAIAN INDIKATOR KINERJA BERDASARKAN SASARAN STRATEGIS**

#### **A. Sasaran Strategis Terwujudnya Kepuasan Pasien**

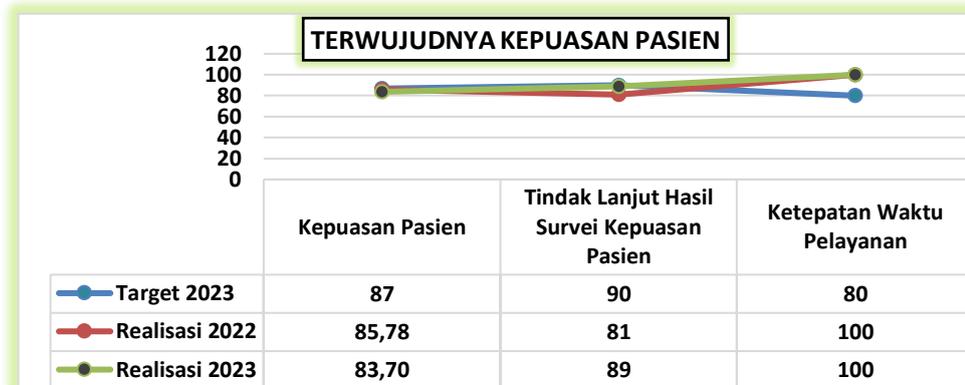
Kepuasan pasien merupakan pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator penting yang harus diperhatikan dalam pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien adalah hasil penilaian dari pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan kesehatan yang diterima disuatu tatanan kesehatan rumah sakit (Kotler, 2007 ; Pohan, 2007). Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah.

RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dalam menjalankan fungsinya terus memperbaiki mutu pelayanan dengan menjadikan sasaran program/kegiatan dalam rencana strategis bisnis tahun 2023 terwujudnya kepuasan pasien dengan tiga indikator kinerja. Indikator kinerja yang tercantum dalam rencana strategis bisnis TA 2023 adalah

1. Persentase Kepuasan Pasien dengan target 87%
2. % Tindak Lanjut Survey Kepuasan Pasien dengan target 90%.
3. Ketepatan Waktu Pelayanan dengan target 80%

Survei Kepuasan Masyarakat RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar awalnya dilakukan 2 kali dalam setahun ( persemester) tapi sejak memasuki triwulan III Tahun 2023 maka dilakukan pertriwulan. Metode yang digunakan dalam survey kepuasan masyarakat mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik dengan beberapa penyesuaian metode sesuai kebutuhan.

**Grafik 3.1. Sasaran Strategis Terwujudnya Kepuasan Pasien**



### KPI 1. Persentase Kepuasan Pasien

Survei Kepuasan Masyarakat RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar awalnya dilakukan 2 kali dalam setahun ( persemester) tapi sejak memasuki Triwulan III Tahun 2023 maka dilakukan pertriwulan. Metode yang digunakan dalam survey kepuasan masyarakat mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggaraan Pelayanan Publik dengan beberapa penyesuaian metode sesuai kebutuhan. Yang menjadi sasaran pengukuran kinerja persentase kepuasan pasien mengacu pada Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM) Permenkes No.129/Menkes/SK/II/2008. Didalam Permenkes tersebut unit layanan yang diukur kepuasan pasien adalah UPF BBKPM, instalasi rawat inap, instalasi rawat jalan, rehabilitasi medik,farmasi, laboratorium, radiologi, KIA-KB

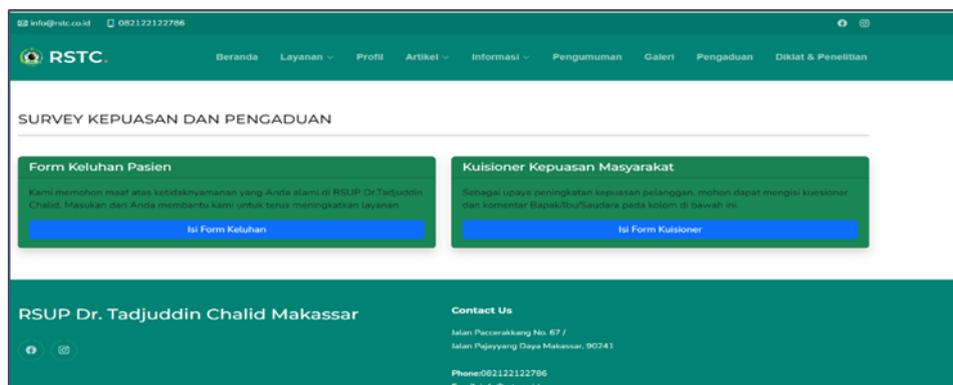
#### a. Defenisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan untuk mengetahui tingkatkepuasanpasien dengan mengacu pada Indeks KepuasanMasyarakat Unit Layanan InstansiPemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004)

### b. Cara Perhitungan

$$((\text{Nilai Rata-rata Unsur 1} \times 0,071) + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 2} \times 0,071) + \dots + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 14} \times 0,071)) \times 25$$

### c. Proses Pengukuran



### d. Hasil Pengukuran

Sampel diambil dengan metode Purposive Sampling dengan kriteria inklusi yaitu untuk, Instalasi rawat Inap, KIA/KB, pasien telah dirawat selama 2x24 jam, untuk rawat jalan, Rehabilitas Medik, laboratorium, Farmasi adalah pasien berulang (minimal kunjungan kedua) dan Radiologi dilingkungan RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar yang telah dan sedang memperoleh pelayanan di rumah sakit. adalah pasien berulang (minimal kunjungan kedua) yang bersedia untuk mengisi google form. Adapun jumlah keseluruhan sampel sebanyak 403 orang.

**Tabel.3.2**
**Rekapitulasi Hasil Survey Kepuasan pasien Tahun 2023**

NO	UNSUR KEPUASAN	NILAI RATA-RATA TERTIMBANG PER INSTALASI							
		UPF BKKPM	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	REHABILITASI MEDIK	FARMASI	LABORATORIUM	RADIOLOG I	KIA /KB
1	Kejelasan persyaratan Administrasi dalam pengurusan jenis pelayanan	0,366	0,376	0,366	0,367	0,365	0,391	0,390	0,417
2	Kejelasan prosedur pelayanan, termasuk pengaduan	0,358	0,371	0,358	0,340	0,336	0,391	0,383	0,382
3	Waktu penyelesaian seluruh proses pelayanan	0,305	0,366	0,348	0,320	0,324	0,371	0,337	0,394
4	Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan	0,409	0,428	0,414	0,398	0,434	0,416	0,433	0,423
5	Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan yang ditetapkan	0,352	0,376	0,362	0,351	0,349	0,391	0,363	0,394
6	Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	0,363	0,381	0,365	0,356	0,349	0,395	0,373	0,399
7	Kesopanan, keramahan, dan kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan	0,364	0,377	0,371	0,351	0,343	0,387	0,387	0,382
8	Sarana dan Prasarana Pelayanan	0,365	0,377	0,379	0,314	0,349	0,391	0,373	0,399
9	Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak	0,422	0,372	0,376	0,314	0,336	0,379	0,407	0,411

*Indeks Kepuasan Pelanggan Tahun 2023 adalah 83,73*

**Tabel 3.3**
**Perbandingan Persentase Kepuasan Pasien Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Target Kemkes
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Persentase Kepuasan Pasien	85%	85,59 %	87%	83,73 %	80%
<b>Capaian</b>	<b>100,69%</b>		<b>96,24%</b>		<b>104,66%</b>

**Grafik 3.2**

**Pengukuran Kepuasan Pasien Tahun 2022-2023**



**e. Analisis Keberhasilan/ Kendala**

Indikator kinerja persentase kepuasan pasien pada tahun 2023 target yang di tetapkan sebesar 87 %. Untuk itu target yang ditetapkan tidak tercapai dari realisasi capaian tahun 2023 karena unsur-unsur yang menjadi indikator penilaian seperti unsur kecepatan layanan, unsur sarana prasarana, unsur kecepatan pelayanan pengaduan, unsur penyelesaian seluruh proses pelayanan tidak sesuai pada sebagian besar (75%) mendapatkan penilaian dari pasien dibawah target yaitu pada 6 unit/instaklasi layanan, dan sementara 2 unit layanan (25%) yang mendapat penilaian dari pasien melebihi target yaitu instalasi Laboratorium dan KIA/KB. Bila dibandingkan nilai rata2 kepuasan pasien berdasarkan Permenkes No.129/Menkes/SK/II/2008 sebesar 81,4 % maka capaian indikator kinerja kepuasan pasien tahun 2023 RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar telah melampaui nilai rata-rata dimana realisasi 83,73% dengan capaian 102,86%.

Perhitungan Pengukuran Survei Kepuasan Masyarakat Tahun 2023 ditargetkan skor 87 realisasi mencapai skor 83,73 atau capaian 96,24%. Jika dibandingkan dengan standar Kemenkes dengan skor 80 tercapai sebesar 104,66%.

Hasil survey Tahun 2023 mengalami penurunan dibandingkan dengan hasil survey Tahun 2022 yaitu sebesar 4,45%, seiring dengan ditambahkan nilai target untuk tahun 2023. Hasil survey Tahun 2023

menunjukkan bahwa secara keseluruhan kualitas kinerja pelayanan bagi masyarakat pengguna jasa RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar dapat dikategorikan **BAIK** dengan perolehan Indeks Kepuasan Masyarakat sebesar **83,73** berada dalam interval **76,61-88,30**. Nilai IKM dihitung dengan menggunakan “nilai rata-rata tertimbang” masing-masing unsur pelayanan Dalam Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017, terdapat 9 unsur pelayanan dan di kembangkan menjadi 13 unsur yaitu 1) Persyaratan, 2) Sistem, Mekanisme dan Prosedur, 3) Waktu Penyelesaian, 4) Biaya/tarif, 5) Produk Spesifikasi jenis pelayanan 6) Kompetensi pelaksana, 7) Perilaku pelaksana, 8) Penanganan pengaduan, saran dan masukan 8) Sarana dan prasarana. Setiap unsur pelayanan memiliki penimbang yang sama..

Berdasarkan saran dan masukan dari pasien/keluarga pasien yang mengisi goggle form survei kepuasan dapat disimpulkan ada beberapa dimensi yang dianggap penting oleh pengguna layanan, beberapa hal sebagai berikut:

1. “kemampuan petugas
2. “sikap petugas”
3. kemudahan persyaratan
4. kuantitas sarana
5. kualitas sarana
6. kemudahan persyaratan

#### **f. Langkah strategis perbaikan**

Sebagai tindak lanjut atas saran dan masukan dari survey kepuasan pasien tersebut dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan percepatan penyelesaian masalah pengaduan dengan melakukankoordinasi dengan unit terkait
- b. Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan
- c. Melaksanakan Koordinasi dengan IRJ dan SIRS dalam rangka pelayanan pendaftaran online dan alur pelayanan
- d. Membuat komitmen untuk tetap menjaga mempertahankan hasil

---

capaian kinerja yang telah bernilai memuaskan .

- e. Melakukan upaya perbaikan terhadap unsur yang masih bernilai kurang memuaskan pada jenis layanan tertentu.

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

➤ Sumber Daya Manusia

Pengukuran dilakukan menggunakan TI yaitu melalui aplikasi seperti google form, QR Code, website rstc sehingga ada efisiensi jumlah SDM dalam proses pengumpulan data.

➤ Keuangan

Karena menggunakan google form sehingga tidak membutuhkan anggaran belanja ATK, terdapat efisiensi dalam penggunaan belanja operasional, namun demikian anggaran keuangan dalam mendukung operasional terciptanya kepuasan pasien yang terdapat dalam RKAKL sebesar

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi melalui aplikasi google form, QR Code, Website rstc diharapkan lebih efisien dan efektif dalam kegiatan layanan

**g. Rekomendasi**

Melakukan feedback kepada seluruh unit pelayanan untuk tindak lanjut hasil survei kepuasan masyarakat sesuai dengan temuan di lapangan dengan membuat RTL terkait percepatan proses layanan.

**KPI 2. Persentase Tindak Lanjut Hasil Survey Kepuasan Pasien**

Indikator kinerja persentase tindak lanjut hasil survey kepuasan pasien pada tahun 2023 ditetapkan sebesar 90 % . Tujuan utama dari survey ini adalah untuk mengetahui hasil yang dicapai terhadap tindak lanjut yang telah dilakukan terhadap perbaikan layanan sebagai tindak lanjut dari survey kepuasan pasien.

#### h. Defenisi Operasional

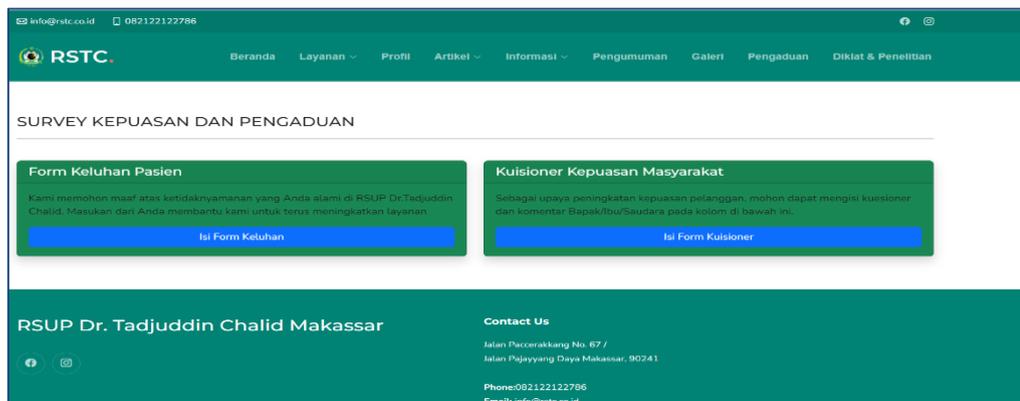
Survei Kepuasan Pasien adalah Survei terhadap persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004). Hasil Survei yang nilainya kurang dari nilai rata-rata maka harus ditindaklanjuti

#### i. Cara Perhitungan

$$\frac{\sum \text{Penilaian yang} < \text{Nilai Rata-rata ditindaklanjuti}}{100} \times$$

#### j. Proses Pengukuran

Media pengukuran survey kepuasan pasien melalui website rstc , Format survey kepuasan pasien secara manual permintaan saran/keluhan pasien selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit..



Dari hasil survey yang dilakukan dengan mengisi google form, website rstc, QR scan pada tahun 2023, dimana pada google form tersebut mengacu pada Permenpan No.14 tahun 2017 ditambahkan pula kolom permintaan saran dan keluhan pasien selama mendapatkan pelayanan di RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar.

k. Hasil Pengukuran

Tabel 3.4

**Rekapitulasi Hasil Survey Kepuasan Pasien Yang Perlu Ditindaklanjuti Tahun 2023**

**RSUP Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**  
Jalan Pacceddang No. 67 / Jalan Pajjayang Daya Makassar 90241  
Telepon : (0411) 512902 Faksimile : (0411) 511011

**SURVEI KEPUASAN PELANGGAN**

Terima kasih atas pilihan dan kepercayaan Bapak/Ibu untuk berkunjung ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Sebagai upaya peningkatan kepuasan pelanggan, mohon dapat mengisi kuesioner dan komentar Bapak/Ibu pada kolom di bawah ini.

**INSTALASI KAWAT JALAN**

<b>A. DATA RESPONDEN</b>						
Usia	Pendidikan	1 SD	2 SLTP	3 SLTA	4 Diploma	5 S1 keatas
Jenis Kelamin : 1. Laki-Laki 2. Perempuan	Pekerjaan	1. Swasta	2. TNI/Polri	3. PNS	4. Pelajar/Mahasiswa	5. Lainnya
Nomor Telepon :	Tanggal pengisian :	Tanda Tangan :				

Berilah penilaian terhadap pelayanan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar (Berdasar pengalaman Anda, sesuai tingkat kepuasan Anda)

**B. TINGKAT KEPUASAN**

Pilih salah satu jawaban yang sesuai dengan melingkari kode huruf sesuai jawaban anda

- 1 Bagaimana pendapat Anda tentang kejelasan persyaratan Administrasi dalam pengurusan jenis pelayanan  
a. Tidak jelas b. Kurang Jelas c. Jelas d. Sangat Jelas
- 2 Bagaimana pendapat Anda tentang kemucialan prosedur pelayanan di unit ini  
a. Tidak mudah b. Kurang mudah c. Mudah d. Sangat mudah
- 3 Bagaimana pendapat Anda tentang kecepatan waktu dalam memberikan pelayanan  
a. Tidak cepat b. Kurang cepat c. Cepat d. Sangat cepat
- 4 Bagaimana pendapat Anda tentang kejelasan tarif/biaya pelayanan  
a. Sangat mahal b. Cukup mahal c. Murah d. Gratis
- 5 Bagaimana pendapat Anda tentang hasil pelayanan yang diterima, apakah layanan yang anda butuhkan terpenuhi  
a. Tidak terpenuhi b. Kurang terpenuhi c. Terpenuhi d. Sangat terpenuhi
- 6 Bagaimana pendapat Anda tentang kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan  
a. Tidak kompeten b. Kurang kompeten c. Kompeten d. Sangat kompeten
- 7 Bagaimana pendapat Anda tentang kesopanan, keramahan, petugas dalam memberikan pelayanan  
a. Tidak sopan dan ramah b. Kurang sopan dan ramah c. Sopan dan ramah d. Sangat sopan dan ramah
- 8 Bagaimana pendapat Anda tentang kualitas sarana dan prasarana  
a. Buruk b. Cukup c. Baik d. Sangat baik
- 9 Bagaimana pendapat Anda tati cara pelaksanaan penanganan pengaduan, apakah petugas cepat melayani pengaduan  
a. Tidak cepat b. Kurang Cepat c. Cepat d. Sangat Cepat

**C. MASUKAN UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN**

Saran & Komentar Anda: \_\_\_\_\_

UNSUR KEPUASAN	NILAI TERTIMBANG RATA-RATA
	Rehabilitasi Medik
Kejelasan persyaratan Administrasi dalam pengurusan jenis pelayanan	0.367
Kejelasan prosedur pelayanan, termasuk pengaduan	0.340
Waktu penyelesaian seluruh proses Pelayanan	0.320
Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan	0.398
Hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan yang ditetapkan	0.351
Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	0.356
Kesopanan, keramahan, dan kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan	0.351

Kesanggupan petugas memberikan pelayanan sesuai dengan yang diperjanjikan	0.314
Kesanggupan petugas memberikan pelayanan	0.314
Tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut	0.348
<b>IKM UNIT PELAYANAN ( NRR TERTIMBANG PERUNSUR X25)</b>	<b>77,79%</b>
<b>TARGET</b>	<b>87%</b>

**Tabel. 3.5**

**Saran dan Keluhan Pasien Selama Survey Tahun 2023**

1	Rawat Jalan	a. Jaringan yg bermasalah membuat antrian lama	Penambahan server, memaksimalkan antrian online
		b. Waktu Tunggu Rawat Jalan	Manajer Pelayanan Medik berkoordinasi dengan kepala instalasi rawat jalan dan para DPJP
2	Rehab Medik	a. Antrian admisi lama	- Koordinasi antara Kepala Instalasi SIRS dengan Kepala Instalasi rekam medik - Mengevaluasi antrian online RS
		b. Kamar Mandi rusak	Koordinasi dengan bagian IPRRS
		a. Sarana Dispenser diruang perawatan yang kurang (ruang perawatan anak)	Telah dilakukan pengajuan untuk pengadaan dispenser ke bagian umum
		b. Security yang kurang ramah	Koordinasi dantara manajer

3	Rawat Inap		rumah tangga dengan penyedia untuk mengevaluasi petugas sekurity
		c. Kamar mandi kurang bersih	- Dilakukan pengecekan oleh Instalasi Kesehatan Lingkungan & K3RS -Telah dilakukan penggantian vendor penyedia cleaning service untuk TA 2024
4	Farmasi	Penyediaan obat sebaiknya lebih cepat	- Koordinator Pelayanan Penunjang Koordinasi dengan kepala instalasi farmasi - Edukasi kekeluarga pasien obat racikan waktu tunggu lebih lama
5	Umum	Jalanan rusak	Telah disusun RAB untuk pengaspalan jalan lingkaran RSTC

**Tabel 3.6**

**Perbandingan Capaian Indikator % Tindak Lanjut Survey Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Tindak Lanjut Survey Kepuasan Pasien	80%	8,33 %	90%	88,9	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>104,16</b>		<b>98,77</b>		<b>106,68</b>

**Grafik 3.3**

**Pengukuran Capaian Indikator % Tindak Lanjut Survey Tahun 2022-2023**



**I. Analisis Keberhasilan/kendala/hambatan.**

Berdasarkan hasil survey yang terlampir pada table 3.5 terlihat bahwa pada Tahun 2023 unit /instalasi Rehabilitasi Medik yang tidak mencapai target dengan nilai 77,79% dari target 90%. Dari 12 jenis keluhan dan saran dari pasien semuanya telah ditindaklanjuti. Keluhan pasien tentang pelayanan yang lama disebabkan dokter spesialis pada instalasi rehab medik terbatas. Keterbatasan ini disebabkan RS tidak dapat melakukan perekrutan tenaga karena adanya aturan yang dikeluarkan oleh Menpan melalui Permenpan. Pasal 96 PP No 49/2019. Bila melihat perbandingan hasil capaian tahun 2022 terlihat ada peningkatan sebesar 106,68%.

**f. Langkah strategis perbaikan**

Melakukan rapat koordinasi dengan manager medik, ka. instalasi rawat jalan, ka. Instalasi rawat inap, ka. instalasi rehabilitasi medik, admisi rawat jalan, farmasi, radiologi, kepala UPF BBKPM untuk menyampaikan hasil capaian indikator kepuasan pasien dan perlu ditindaklanjuti.

- Membuat komitmen dengan pihak terkait agar waktu penyelesaian pelayanan di masukkan dalam kontrak kerja.
- Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan atau unit kerja untuk mengumpulkan bukti tindak lanjut temuan melalui aplikasi goggle drive atau website rstc.

- Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan Masyarakat terhadap pelayanan.
- Lintas koordinasi antar unit, pihak yang terkait terhadap penyediaan dan pemanfaatan SPA (Sarana Prasarana Alkes) dengan tim Champion RSV .
  - g. Efisiensi Sumber Daya.

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:
  - Sumber Daya Manusia

Terbatasnya tenaga medis (dokter) dalam melaksanakan pelayanan sehingga beberapa keluhan dari pasien tentang lamanya waktu tunggu pelayanan poliklinik. Terlambatnya dokter melakukan pelayanan poliklinik, karena pada saat bersamaan harus melakukan visite pada pasien rawat inap. Menyiasati hal tersebut dilakukan rescedul waktu visite pasien sehingga kewajiban melakukan visite tetap tercapai dan pasien poliklinik juga dapat terlayani. Dan melaksanakan pelatihan service excellent kepada semua petugas rumah sakit.
  - Keuangan

Penggunaan anggaran dalam menindaklanjuti indikator kinerja survey kepuasan pelanggan terealisasi sebesar 92% (Pagu Anggaran Rp.4.670.149.000,- dengan realisasi Rp.7.424.670.765,-) bila dibandingkan realisasi tahun 2022 sebesar 81.03 %, ada peningkatan realisasi anggaran dari tahun sebelumnya hal ini disebabkan adanya penggabungan anggaran dari dua satker merger ke RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
  - Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi melalui aplikasi google form, website rumah sakit dan QR scan diharapkan lebih efisien.
  - h. Rekomendasi
- 1. Perlu peningkatan pelayanan public yang berkualitas oleh unit pelayanan di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar seiring dengan semakin meningkatnya jumlah kunjungan pasien dengan

memperhatikan kebutuhan dan harapan masyarakat.

2. Melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala terhadap pemenuhan standar dan tindak lanjut temuan survei sebelumnya.

### **KPI 3. Persentase Ketepatan Waktu Pelayanan**

#### m. Definisi Operasional

Ketepatan waktu pelayanan adalah penyelesaian setiap jenis pelayanan dilakukan tepat waktu sesuai dengan standar pelayanan. Waktu pelayanan yang dimaksud :

1. Waktu Tunggu Rawat Jalan
2. Emergensi Respon Time I
3. Waktu tunggu obat jadi
4. Waktu tunggu laboratorium
5. Waktu tunggu radiologi
6. Waktu tunggu operasi elektif

#### n. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Waktu Pelayanan yang Tepat}}{\text{Jumlah Seluruh Waktu Pelayanan yang diukur}} \times 100$$

#### o. Proses Pengukuran

Pengukuran indikator kinerja ketepatan waktu layanan mengacu pada Keputusan Dirjen Pelayanan Kementerian Kesehatan RI No. HK.02.03/1/2630/2016 tentang Pedoman penilaian Indikator Kinerja Individu Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

#### p. Hasil Pengukuran

**Tabel.3.7**

### **Capaian Perindikator Ketepatan Waktu Layanan**

No	Indikator	Standar	Capaian
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≤ 60 Menit	17 menit
2	Emergensi Respon Time I	≤ 120 menit	4,6 menit
3	Waktu tunggu obat jadi	≤ 30 menit	20 menit
4	Waktu tunggu laboratorium	≤ 120 menit	58 menit
5	Waktu tunggu radiologi	≤ 3 Jam	0.9jam
6	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	26 Jam

Dari table 3.7 terlihat bahwa dari 6 (enam) indikator waktu tunggu layanan di RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar telah memenuhi standar yang ditetapkan. Data diolah setiap bulannya dengan mengambil data dari aplikasi SIMGOSRS. Kepatuhan dan ketepatan waktu pengimputan data sangat berpengaruh dengan hasil yang didapatkan.

**Tabel 3.8**  
**Perbandingan Capaian Ketepatan Waktu Pelayanan Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Ketepatan waktu pelayanan	60%	100%	80%	100%	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>166,66</b>		<b>125%</b>		<b>100%</b>

**Grafik 3.4**  
**Pengukuran Capaian Ketepatan Waktu Pelayanan Tahun 2022-2023**



**q. Analisis Keberhasilan, Kendala/ hambatan.**

Bila melihat hasil capaian ketepatan waktu layanan tahun 2023 sama dengan capaian tahun 2022 telah mencapai target sesuai standar, maka dapat

disimpulkan bahwa :

- Kepatuhan pegawai dalam menjalankan SOP dan budaya kerja telah terlaksana dengan baik.

- Monitoring dan evaluasi secara berkala bila melihat trend capaian pada beberapa indikator yang mengalami kenaikan waktu tunggu seiring dengan peningkatan jumlah pasien, yang tidak diiringi dengan peningkatan jumlah tenaga kesehatan (dokter dan perawat).

- Peningkatan kompetensi SDM

Untuk bidang medik dan keperawatan ketepatan waktu layanan yang meliputi waktu tunggu rawat jalan, Emergency respon Time (ERT1), Waktu tunggu operasi elektif mencapai 100 %, demikian pula untuk bidang penunjang yang meliputi waktu tunggu pelayanan resep obat jadi (WTOJ), waktu tunggu pelayanan laboratorium, waktu tunggu pelayanan radiologi mencapai 100% sehingga total ketepatan waktu layanan mencapai 100%.

Permasalahan yang dihadapi yaitu pengolahan data yang tidak semuanya dapat dilakukan lewat SIMRS-GOS dengan adanya integrasi dari BBKPM dan BKTU ke RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar maka data dari ke-2 UPF tersebut masih secara manual

r. Langkah Strategis Perbaikan

Upaya Tindak Lanjut yang harus dilakukan yaitu :

- 1) Peningkatan sarana prasana, terutama system IT yang terintegrasi dengan semua jenis layanan.
- 2) Menjadikan kepatuhan dalam penerapan budaya kerja sebagai salah satu penilaian dalam remunerasi.
- 3) Pemberian reward bagi unit/layanan yang mencapai target, dan punishment bagi unit/layanan yang belum mencapai target.
- 4) Pengusulan penambahan tenaga dokter, perawat dan tenaga nakes lainnya. .

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU dengan melakukan sebagai berikut :

- Sumber Daya Manusia

Untuk mendukung terlaksananya indikator ketepatan waktu layanan

yang diukur pada 6 (enam) jenis layanan, dilakukan monitoring dan evaluasi ketepatan waktu layanan setiap bulannya. Pengolahan data dengan menarik data dari aplikasi sehingga ada efisiensi waktu dan tenaga dalam proses perhitungannya.

➤ **Keuangan**

Untuk memenuhi target indikator kinerja ketepatan waktu layanan didukung anggaran sebesar Rp.2.600.500.000,- dengan realisasi sebesar Rp.2.412.319.415,- atau sebesar 93%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.488.750.000, dengan realisasi sebesar 48.72%. maka ada efisiensi anggaran, dengan capaian indikator sama yaitu 100%.

➤ **Teknologi dan Informasi**

Penggunaan Teknologi dan informasi melalui aplikasi dalam mengukur indikator kinerja ketepatan waktu layanan dengan menerapkan alur proses pelayanan berbasis digital agar waktu pemberian layanan bisa menjadi lebih ringkas, menggunakan aplikasi SIMGOSRS. Dengan penggunaan aplikasi SIMGOSRS diharapkan efisiensi waktu layanan dan pengukuran bisa tercapai.

**h. Rekomendasi**

1. Memberikan reward kepada para petugas yang berkinerja baik dengan pemberian remunerasi dan pegawai teladan untuk lebih memotivasi pegawai dalam berkinerja
2. Integrasi IT di semua unit layanan termasuk UPF BBKPM dan BKTM

**B. Terwujudnya Pengakuan Stakeholder**

Undang- Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengatur tentang penyelenggaraan Rumah Sakit. Sebagai institusi yang menjual jasa layanan kesehatan kepada masyarakat, Rumah Sakit juga mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipenuhi dalam memberikan pelayanan kesehatan, seimbang dengan hak dan kewajiban masyarakat yang dilayani untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk mengukur pengakuan stakeholder terhadap layanan RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar ada 2 (dua) indikator yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 – 2024 yaitu :

- a) Indikator Kinerja BLU
- b) Hasil Audit SAKIP (LAKIP)

**Tabel 3.9**  
**Indikator Pengakuan Stakeholder**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Indikator Kinerja BLU	AA	AA	AA	AA	AA
2	Hasil Audit SAKIP	97	97	98	98	98.5

#### **KPI 4. Indikator Kinerja BLU**

Indikator kinerja BLU diukur berdasarkan peraturan direktur jenderal perbendaharaan nomor PER-36/PB/2016. Adapun indikatornya yaitu aspek keuangan, aspek pelayanan dan aspek mutu dan manfaat bagi masyarakat. Penilaian aspek keuangan adalah penilaian kinerja BLU berdasarkan analisis data laporan keuangan BLU dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan keuangan BLU. Penilaian aspek pelayanan adalah penilaian kinerja BLU terkait teknis layanan dan mutu manfaat kepada masyarakat berdasarkan data layanan BLU.

##### **a. Definisi Operasional**

Capaian Indikator Kinerja BLU adalah Hasil Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum sesuai dengan pedoman yang berlaku yang terdiri atas 3 Aspek, yaitu Aspek Keuangan (30), Aspek Pelayanan (35), Aspek Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat(35)

##### **b. Cara Pengukuran**

Mengacu pada Perdirjen : PER-36/PB/2016

c. Proses Pengukuran

Penilaian kinerja BLU adalah suatu cara dalam menilai capaian penyediaan layanan umum yang diselenggarakan oleh BLU, yang meliputi penilaian aspek keuangan dan penilaian aspek pelayanan, dilakukan secara tahunan. Total Skor, yang selanjutnya disingkat TS, adalah hasil penjumlahan dari nilai aspek keuangan dan nilai aspek pelayanan dalam bentuk skor angka 1 (satu) sampai dengan 100 (seratus) yang digunakan untuk menentukan hasil penilaian kinerja BLU sebagaimana dimaksud dikelompokkan dalam kriteria BAIK, SEDANG dan BURUK.

Kriteria BAIK sebagaimana dimaksud pada ayat terdiri atas:

- a) AAA., apabila  $TS > 95$ ;
- b) AA, apabila  $80 < TS < 95$ ; dan
- c) A, apabila  $68 < TS < 80$ .

Kriteria SEDANG sebagaimana dimaksud terdiri atas:

- a) BBB, apabila  $56 < TS < 68$ ;
- b) BB, apabila  $45 < TS < 56$ ; dan
- c) B, apabila  $35 < TS < 45$ .

Kriteria BURUK sebagaimana dimaksud terdiri atas:

- a) CC, apabila  $15 < TS < 35$ ; dan
- b) C, apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai oleh BLU kurang dari 50% (lima puluh persen).

d. Hasil Pengukuran

**Tabel 3.10**  
**Capaian Aspek Keuangan Tahun 2023**

NO.	INDIKATOR	BOBOT	HAPER	SKOR 2022
1	Rasio Keuangan	19		9
	a. Rasio Kas ( Cash Ratio )	2.75	3.432	2.25
	b. Rasio Lancar ( Current Ratio )	2.75	6.992	2.75
	c. Periode Penagihan Piutang ( colled period)	2.25	24.02	2.25
	d. Perputaran Aset tetap ( Fixed Asset Turnover )	2.25	7.53	0.75

	e. Imbalan atas aset tetap (ROA)	2.25	-4.9	0
	f. Imbalan ekuitas (ROE)	2.25	-5.37	0
	g. Rasio Perputaran Persediaan (inventory Turnover)	2.25	69.80	1.25
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional	2.75	60.59	2.50
2	Aspek Kepatuhan Pengelola Keuangan	<b>11</b>		<b>11</b>
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA)	2	Tepat waktu	2
	b. LK berdasarkan Standar Akutansi Pemerintah (SAP)	2	Sesuai	2
	c. Surat Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Sesuai	2
	d. Tarif layanan	1	Sesuai	1
	e. Sistem Akuntansi	1	Tepat waktu	1
	f. Persetujuan Rekening	0.5	Ada	0.5
	g. SOP Pengelolaan Kas	0.5	Ada	0.5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0.5	Ada	0.5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0.5	Ada	0.5
	j. SOP Pengelolaan Barang & Jasa	0.5	Ada	0.5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0.5	Ada	0.5
	<b>Total</b>	<b>30</b>		<b>22.75</b>

**Tabel 3.11**

**Capaian Aspek Layanan Tahun 2023**

NO	INDIKATOR KINERJA		BOBOT	HAPER	TOTAL SKOR
1.	<b>A.</b>	<b>Pertumbuhan Produktivitas</b>	18		18
	1	Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	3	1.72	3
	2	Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2.5	1.4	2.5
	3	Pertumbuhan Hari Perawatan	2.5	1.49	2.5
	4	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2.5	1.55	2.5
	5	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2.5	1.54	2.5

	6	Pertumbuhan Operasi	2.5	1.75	2.5
	7	Pertumbuhan Rehab Medik	2.5	1.79	2.5
	8	Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	-	-	-
	9	Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	-	-	-
<b>2.</b>	<b>B.</b>	<b>Efektivitas Pelayanan</b>	14		13
	1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan	2	84	2
	2	Pengembalian rekam medik	2	84	2
	3	Angka pembatalan operasi	2	1.16	1.5
	4	Angka kegagalan hasil radiologi	2	0.68%	2
	5	Penulisan resep sesuai formularium	2	100%	2
	6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0%	2
	7	Bed Occupancy Rate (BOR)	2	62%	1.5
<b>3.</b>	<b>C.</b>	<b>Pertumbuhan Pembelajaran</b>	3		3
	1	Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1.5	1.86%	1.5
	2	Persentase Dokter pendidikan klinis yg mendpt TOT	-	-	
	3	Program reward and punishment	1.5	ada program dilaksanakan	1.5
		Total Skor	34		34

**Tabel 3.12**

**Capaian Aspek Mutu dan Manfaat Bagi Masyarakat Tahun 2023**

No	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	HAPER	TOTAL SKOR
<b>A.</b>	<b>Mutu pelayanan</b>	<b>14</b>		<b>13</b>
1	Emergency Response Time Rate (menit)	2	4.5	2
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan (menit)	2	17	2
3	Legth Of Stay (hari)	2	5	2
4	Kecepatan pelayanan Resep Obat jadi (menit)	2	0	1
5	Waktu tunggu sebelum Operasi (jam)	2	1	2

6	Waktu tunggu hasil Laboratorium (jam)	2	19	2
7	Waktu tunggu hasil Radiologi (jam)	2	56	2
<b>B.</b>	<b>Mutu Klinik</b>	12		12
1	Angka kematian di Gawat darurat	2	0	2
2	Angka kematian / kebutaan > 48 jam	2	2.6	2
3	Post operative Death Rate	2	0	2
4	Angka infeksi nosokomial			
	a. Decubitus	1	0	1
	b. Infeksi Jarum Infus (Phlebitis)	1	0	1
	c. ISK	1	0	1
	d. Infeksi Luka Operasi (ILO)	1	0	1
5	Angka kematian Ibu di Rumah sakit	2	0	2
<b>C.</b>	<b>Kepedulian Kepada Masyarakat</b>	4		4
1	Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain	1	Ada program dilaksanakan	1
2	penyuluhan kesehatan	1	Ada program Dilaksanakan	1
3	Rasio tempat tidur kelas III	2	62	2
<b>D.</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>	2		2
1	Penanganan pengaduan / Komplain	1	100%	1
2	Kepuasan Pelanggan	1	83.7	1
<b>E.</b>	<b>Kepedulian Terhadap Lingkungan</b>	3		3
1	Kebersihan Lingkungan	2	2	2
2	Proper Lingkungan	1	Kuning	1
<b>Total Indikator Mutu Dan Manfaat Bagi Masyarakat</b>		<b>35</b>		<b>34</b>

**Tabel 3.13**

**Perbandingan Capaian Indikator Kinerja BLU**

NO	Indikator BLU	BOBOT	Target	Real 2022	Target	Real 2023
1	Indikator Kinerja Keuangan	30	21	20	21	22.75
2	Indikator Kinerja Pelayanan	35	32	33	32	34
3	Indikator Kinerja Mutu Pelayanan dan Manfaat Bagi Masyarakat	35	32	34	32	34
	<b>JUMLAH</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>87</b>	<b>86</b>	<b>90.75</b>

e. Analisis Keberhasilan ,Kendala /Hambatan

Tercapainya indikator kinerja BLU sesuai target yang ditetapkan tidak terlepas dari kembalinya kepercayaan masyarakat untuk menggunakan fasilitas kesehatan seiring dengan semakin meningkatnya kunjungan pasien baik layanan rawat jalan dan rawat inap dan pkepercayaan i masyarakat yang semakin meningkat. Hal ini juga didukung oleh semaikin baiknya imejmasyarakat terhadap waktu tunggu layanan dan service layanan yang diberikan oleh seluruh civitas Rumah Sakit. Bila dibandingkan hasil capaian tahun 2022 terdapat peningkatan pada indikator kinerja pelayanan.

f. Langkah strategis perbaikan

Upaya Tindak Lanjut

- 1) Berdasarkan hasil perhitungan di peroleh nilai 88 termasuk kategori AA dengan predikat baik.
- 2) Hasil perhitungan aspek keuangan masih jauh dari bobot meskipun mencapai target yang ditetapkan sehingga perluditingkatkan komitmen parapengelola keuangan.
- 3) Hasil capaian kinerja pelayanan dan mutu manfaat agar dapat dipertahankan.

g. Efisiensi Sumber Daya,

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki dan adanya semangat efisiensianggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

- Sumber Daya Manusia

Untuk mendukung terlaksananya indikator kinerja BLU yang diukur

persemester didukung dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, dengan pelatihan baik internal dengan in house training dan pelatihan eksternal. Pelatihan in house training dilaksanakan dengan metode hybrid agar tidak memerlukan anggaran yang besar. Rapat koordinasi yang rutin dilakukan untuk membahas program dan evaluasi kinerja setiap pekan.

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja BLU didukung anggaran sebesar Rp.745.500.000,- dengan realisasi sebesar Rp.734.774.026,- atau sebesar 99%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.300.000.000,-, dengan realisasi sebesar 23,91 %, atau Rp.71.732.332,-

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya indikator kinerja BLU melalui SIMGOSRS. Dengan penggunaan aplikasi SIMGOSRS diharapkan terjadi efisiensi waktu layanan di Rumah Sakit.

h. Rekomendasi

- a) Pelatihan in house training untuk internal dan eksternal.
- b) Analisis kebutuhan pengembangan SDM, sarana dan prasarana
- c) Kerjasama antar unit/instansi dalam peningkatan layanan disemua aspek

### **KPI 5. Indikator Kinerja Hasil Audit Lakip**

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-

tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu tahun 2023 yang meliputi pengelolaan sumber daya keuangan, sarana dan prasarana dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid di tahun yang akan datang.

a. Definisi Operasional

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

Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 telah ditetapkan bahwa implementasi dari SAKIP tersebut wajib dilaksanakan oleh seluruh instansi pemerintah dalam rangka peningkatan mutu kinerja, anggaran, dan reformasi birokrasi. SAKIP harus dilaksanakan secara selaras dengan tata cara pengendalian serta pelaksanaan pembangunan.

Evaluasi Penyelenggaraan SAKIP dilakukan secara terpadu meliputi:

- Aspek perencanaan (bobot 35%),
- Aspek pengukuran kinerja (bobot 20%)
- Aspek pelaporan kinerja (bobot 15%),
- Aspek evaluasi kinerja (bobot 10%),
- Aspek Capaian kinerja (bobot 20%)

b. Cara Perhitungan

Hasil Evaluasi SAKIP oleh ITJEN

c. Proses Pengukuran

Penilaian Lakip akan dilakukan oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2023. Dengan mengacu pada sistem penilaian dari MenpanRB.

d. Hasil Pengukuran

Sampai laporan ini dibuat belum ada hasil audit Lakip tahun 2023 akan dilakukan pada bulan Maret atau April tahun 2024 oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.

**Tabel 3.14**

**Hasil Audit Lakip**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan/ Capaian
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Hasil Audit SAKIP	98	77	98	-	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	-		-		

e. Analisis Keberhasilan/Kendala/ Hambatan

Tidak tercapainya indikator hasil audit Lakip pada tahun 2023 disebabkan karena adanya perubahan indikator penilaian yang menitik beratkan pada inovasi yang diakui secara nasional maupun internasional. Sosialisasi tentang kriteria penilaian Lakip juga tidak maksimal karena dilakukan secara daring. Disamping hal tersebut RSUP Dr Tadjuddin Chalid juga belum memiliki SDM programmer yang mampu membuat inovasi layanan yang menjadi indikator utama penilaian Lakip.

f. Langkah Strategi Perbaikan

- Berdasarkan hasil penilaian Lakip tahun 2022 di peroleh nilai 77,00 berarti belum mencapai target.
- Pengembangan SDM bagian IT agar mampu membuat aplikasi layanan yang memudahkan proses pelayanan dan diakui ditingkat nasional.
- Segera melakukan evaluasi tindak lanjut kegiatan dalam penerapan 4 aspek penilaian Lakip.
- Mengikuti workshop penyusunan Lakip .
- Efisiensi Sumber Daya, dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki dan namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

g. Sumber Daya Manusia

Untuk mencapai target indikator Audit Lakip maka sosialisasi dilakukan pada PIC kegiatan/program dilaksanakan dalam rapat program maupun rapat koordinasi.

➤ **Keuangan**

Untuk memenuhi target indikator kinerja BLU didukung anggaran sebesar Rp.100.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.57.500.000,- atau sebesar 57.50%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. 10.000.000, dengan realisasi sebesar 35,5 %, atau Rp.4.963.000.

➤ **Teknologi dan informasi**

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya indikator kinerja Audit Lakip, yaitu dengan pengembangan aplikasi system yang sudah ada

h. **Rekomendasi**

- Sosialisasi dilakukan pada PIC kegiatan / program ( melibatkan) setiap unit untuk perbaikan dan peningkatan kinerja unit
- Dibuatkan SK untuk PIC yang bertanggungjawab dalam pelaporan kegiatan/program melalui aplikasi/system

**C. Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi Yang Baik**

Penataan organisasi adalah suatu tindakan penyusunan tugas kerja dan tanggung jawab pegawai untuk bersama-sama melakukan pekerjaan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, yang didasarkan pada prinsip-prinsip organisasi untuk bentuk organisasi yang baik dan operatif. Dalam Rencana Staretegis Bisnis RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020-2024 menetapkan 2 (dua) indikator dalam mewujudkan penataan dan penguatan organisasi yang baik yaitu :

- a) Capaian Collection Periode
- b) Capaian reformasi birokrasi

**Tabel 3.15**

Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Capaian Collection Periode	50	45	40	35	30
2	Capaian Reformasi Birokrasi	SelfAss	Penilaian TPI	Pengu sulanWBK	Pengu sulanWBK	WBK

**Grafik 3.5**

**Sasaran Strategis Terwujudnya Penataan dan Penguatan Organisasi**



**KPI 6. Persentase Pengampuan jenis layanan yang terlaksana.**

a. Defenisi Operasional

Persentase Pengampuan jenis layanan yang terlaksana adalah sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan terhadap rumah sakit vertikal yang mengampu sesuai dengan strata pengampuannya..  
Pengampuan jenis layanan adalah:

1. Layanan Kanker : KMK No.HK.01.07-MENKES-1337-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Pelayanan Kanker
2. Layanan Jantung : KMK No.HK.01.07-MENKES-1341-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Pelayanan Kardiovaskuler
3. Layanan Stroke : KMK No.HK.01.07-MENKES-1336-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Pelayanan Stroke
4. Layanan Urologi: KMK No.HK.01.07-MENKES-1339-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Pelayanan Urologi
5. Layanan KIA : KMK No.HK.01.07-MENKES-1339-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Pengampuan Jenis Layanan Terlaksana}}{\text{Total Pengampuan Jenis Layanan}} \times 100 \%$$

c. Proses Perhitungan

Indikator Ini merupakan indicator mandatory oleh kemenkes yang harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit vertikal. Proses penilaian keberhasilan pengampuan jenis layanan yang terlaksana berdasarkan jumlah pengampuan yang dilakukan pada tahun 2023 dibandingkan dengan total pengampuan jenis layanan yang sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

d. Hasil Pengukuran

Pengampuan Jenis Layanan yang terlaksana pada tahun 2023 adalah Layanan Stroke yang merupakan 1 jenis layanan yang dilakukan dari total layanan pengampuan yang ada sesuai KMK No.HK.01.07-MENKES-1336-2023 tentang RS Pengampuan Jejaring Layanan Stroke yang merupakan pengampuan strata Paripurna dibawah rumah sakit yang diampu sebesar 20%.

**Tabel 3.16**

**Pengampuan Jenis Layanan yang Terlaksana Tahun 2023**

Indikator Kinerja Utama	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
Persentase Pengampuan Jenis layanan terlaksana	50%	20%	Indikator Mandatory

e. Analisis Keberhasilan /Hambatan

Indikator persentase pengampuan jenis layanan yang terlaksana pada tahun 2023 tidak tercapai disebabkan karena masih kurangnya sosialisasi tentang KMK ini ke unit terkait terkhusus jenis layanan jejaring pengampuan dan juga kurangnya sosialisasi self assessment (penilaian mandiri), koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit pengampu dan yang diampu.

f. Langkah strategis perbaikan

- Melakukan monitoring dan evaluasi yang tidak mencapai target, untuk dilakukan perbaikan.
- Melakukan Komunikasi, koordinasi berupa MOU dengan rumah sakit pengampu dan diampu.
- Rapat manajerial membahas penyelesaian masalah yang dihadapi.
- Visitasi yang dilakukan mencakup Kesiapan layanan sesuai stratafikasi,SDM,Sarana&prasarana serta alat kesehatan.

g. Efisiensi Sumber Daya

Upaya yang dilaksanakan yaitu:

- Sumber Daya Manusia

Untuk mencapai target indikator pengampuan jenis layanan yang terlaksana makaperlu peningkatan jumlah, jenis dan kompetensinya.

➤ **Teknologi dan Informasi**

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya indikator pengampuan jenis layanan yang terlaksana, yaitu dengan pengembangan aplikasi system yang sudah ada,jaringan.

h.Rekomendasi

Perencanaan Anggaran, PKS,Pelatihan/peningkatan kompetensi tersertifikasi pendampingan tata laksana / manajemen.

**KPI 7. Capaian Collection Periode**

Indikator kinerja collection periode merupakan indikator untuk mengukur kemampuan rumah sakit dalam mengelola Piutang menjadi pendapatan. Target tahun 2023 ditetapkan selama 35 hari.

a. **Defenisi Operasional**

Collection Period (Perputaran piutang) adalah perputaran piutang dalam 1 periode. Rasio ini di gunakan untuk mengukur kemampuanRS dalam mengumpulkan jumlah piutang untuk setiap jangka waktu tertentu

b. **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Piutang} \times 360}{\text{Pendapatan Usaha}}$$

c. **Proses Pengukuran**

Pengukuran dilakukan oleh bagian keuangan dengan menghitung piutang ushadibagi pendapatan usaha bulan berjalan selama tahun 2023

d. **Hasil Pengukuran**

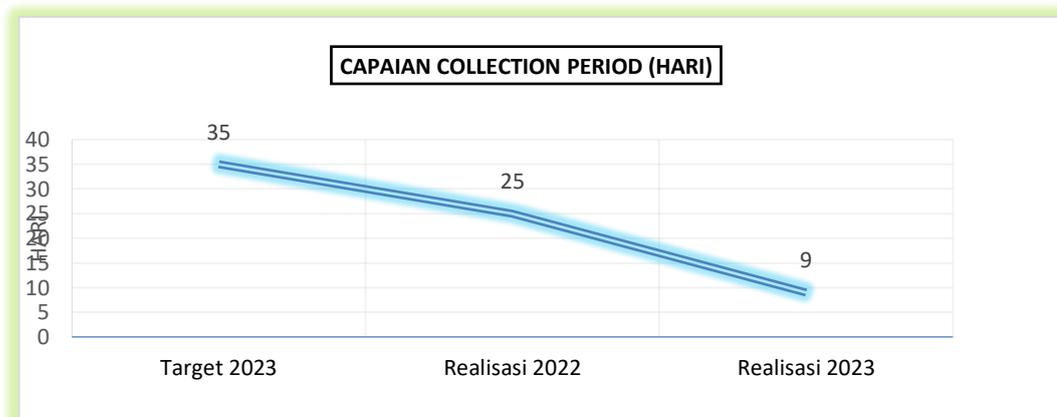
**Tabel 3.17**

**Perbandingan Capaian Collection Periode Tahun 2022 - 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Collection Periode	35 Hari	23 Hari	35 Hari	9 Hari	Realisasi 2022 / 2023
<b>Capaian</b>	<b>71,42 %</b>		<b>25,71 %</b>		<b>36 %</b>

**Grafik 3.6**

**Pengukuran Capaian Collection Periode Tahun 2022-2023**



**Indikator Perputaran Piutang**

\*)(Unaudited/ Non Sakti)

Pendapatan	TA.2023
Pendapatan Jasa Pelayanan RS	129.939.878.878
Piutang Tahun Anggaran yang Lalu	14.090.811.578
Piutang s.d 31 Desember 2023	2.859.475.078
Pendapatan diterima dimuka jatuh tempo	109.486.340
<b>Total Pendapatan</b>	<b>118.818.028.718</b>

e. Analisis keberhasilan dan kendala/hambatan.

Tercapainya indikator collection periode pada tahun 2023 disebabkan karena proses klaim dispute sudah semakin sedikit. Pengelolaan keuangan yang semakin baik disertai penerapan SOP dari semua unsur yang terlibat.

f. Upaya Tindak Lanjut

- 1) Penggunaan IT harus lebih diprioritaskan dalam pengelolaan kas
- 2) Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan pencatatan persediaan

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki dan namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, dan untuk penanganan pandemi Covid 19 sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

➤ Sumber Daya Manusia

Target indikator Collection Periode dapat tercapai dengan SDM yang berdasarkan analisis beban kerja masih kurang, menandakan ada efisiensi tenaga dibagian keuangan..

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja BLU didukung anggaran sebesar Rp.75.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.32.892.500,- atau sebesar 43.86%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.75.000.000,-, dengan realisasi sebesar Rp.32.892.500 atau 43.86%.

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Collection Periode dengan mengembangkan aplikasi web service, yaitu pengembangan aplikasi system yang sudah ada.

**KPI 8. Capaian Reformasi Birokrasi**

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi(PermenPANRB) Nomor 90 Tahun 2021 tentang Pembangunan dan Evaluasi Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBK/WBBM) di Instansi Pemerintah, seluruh Satuan Kerja diharapkan untuk mengusulkan diri untuk memperoleh predikat WilayahBebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM).

Reformasi birokrasi dilakukan sebagai upaya pembaharuan dan perubahan mendasar terhadap system penyelenggaraan pemerintah dalam rangka mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik. RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar menjadikancapaian reformasi birokrasi sebagai salah satu indikator dengan target pengusulan WBK. Capaian reformasi birokrasi diharapkan mampu menjawab perubahan sesuai transformasi kesehatan seperti yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan.

a. Defenisi Operasional

Penilaian Pelaksanaan Reformasi Birokrasi mencakup penilaian terhadap dua komponen: Pengungkit (Enablers) dan Hasil (Results). Pengungkit adalah seluruh upaya yang dilakukan oleh instansi pemerintah dalam menjalankan fungsinya, sedangkan Hasil adalah kinerja yang diperoleh dari komponen pengungkit. Hubungan sebab-akibat antara Komponen Pengungkit dan Komponen Hasil dapat mewujudkan proses perbaikan bagi instansi melalui inovasi dan pembelajaran, di mana proses perbaikan ini akan meningkatkan kinerja instansi pemerintah secara berkelanjutan. Komponen Pengungkit sangat menentukan keberhasilan tugas instansi, sedangkan Komponen Hasil berhubungan dengan kepuasan para pemangku kepentingan

b. Cara Perhitungan

Hasil Assessment/Penilaian Reformasi Birokrasi

c. Proses Perhitungan

Capaian reformasi birokrasi tahun 2023 di targetkan pengusulan WBK oleh satuan pengawas internal (SPI) Rumah Sakit.

d. Hasil Perhitungan

**Tabel 3.18**

**Perbandingan Capaian Reformasi Birokrasi Tahun 2022 - 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Capaian reformasi birokrasi	Pengusulan WBK	Tdk terealisasi	Pengusulan WBK	Tdk terealisasi	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	-		-		-

e. Analisis Keberhasilan / Kendala/hambatan

Tidak tercapainya indikator Reformasi Birokrasi pada tahun 2023 disebabkan karena :

- Adanya temuan hasil pemeriksaan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan tentang kelebihan bayar jasa pelayanan belum diselesaikan hingga tahun 2023

- Adanya temuan pembayaran zoom meeting yang berdasarkan aturan tidak boleh dibayarkan.

f. Langkah Strategis Perbaikan

- 1) Mendorong pengembalian jasa pelayanan yang belum lunas dengan melakukan persuratan
- 2) Mengembalikan uang zoom meeting sesuai aturan.
- 3) Mengupayakan Pengungkit (Enablers) dan Hasil (Results) dengan perbaikan system di satuan kerja.

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki, namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, maka dilakukan upaya sebagai berikut:

➤ Sumber Daya Manusia

Target indikator Reformasi birokrasi (WBK) tidak tercapai karena SDM pada satuan pengawas internal belum memadai dengan demikian perlu penguatan kebijakan SDM, terutama peningkatan kompetensi.

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator kinerja BLU didukung anggaran sebesar Rp.2.600.500.000,- dengan realisasi sebesar Rp.2.412.319.415,- atau sebesar 93%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.2.440.016.000,- dengan realisasi sebesar Rp.954.746.879,- atau 39,13%, -.

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Reformasi Birokrasi dengan mengembangkan aplikasi web service, yaitu pengembangan aplikasi system yang sudah ada.

h. Rekomendasi

- 1) Koordinasi dengan bidang yang terkait untuk penyelesaian hasil temuan antara SPI, Keuangan, Dewan Pengawas.
- 2) Pengusulan satuan kerja untuk Pembangunan Zona Integritas Menuju WBK/WBBM Tahun 2024 yang difasilitasi oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

**D. Terwujudnya Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Yang Berkelanjutan.**

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan memberikan layanan yang bermutu adalah sebuah kewajiban dalam mewujudkan *universal health coverage* yang menggambarkan peran penting penyelenggaraan layanan kesehatan yang bermutu. Dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2020- 2024 untuk mewujudkan Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Yang Berkelanjutan ditetapkan 3 (tiga) indikator yaitu:

- a) Persentase Indikator Peningkatan Mutu RS
- b) Penelitian yang di Publikasikan
- c) Akreditasi RS

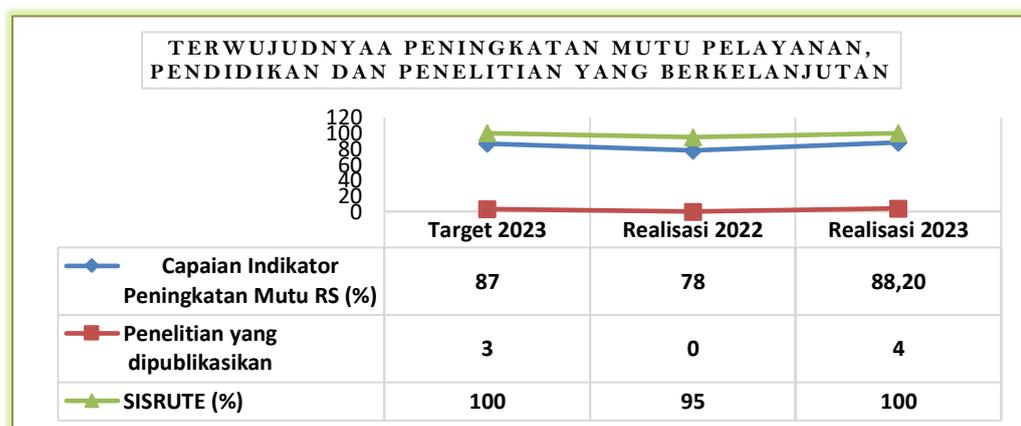
**Tabel 3.19**

**Indikator Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Yang Berkelanjutan**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Indikator Peningkatan Mutu RS	75%	80%	85%	87%	90%
2	Penelitian yang di Publikasikan	-	1	2	3	5
3	SISRUTE	-	-	100%	100%	100%

**Grafik 3.7**

**Indikator Peningkatan Mutu Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Yang Berkelanjutan.**



### KPI 9. Persentase Capaian Indikator Mutu Rumah Sakit

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dilakukan melalui pendekatan sistem di mana hasil pelayanan kesehatan merupakan keluaran (outcome) dari struktur (input) yang dikelola melalui sebuah proses.

a. Defenisi Operasional

Indikator Penilaian Mutu RS adalah Indikator Penilaian yang telah ditetapkan dalam rangka Program Peningkatan Mutu RS yang berfokus pada pasien

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Total Capaian Indikator Peningkatan Mutu RS}}{\text{Total Indikator Peningkatan Mutu RS}} \times 100\%$$

c. Proses Perhitungan

Proses perhitungan dilakukan menggunakan aplikasi SIMGOSRS, PIC mutu akan melakukan entri data setiap bulan sesuai indikator aspek penilaian. Adapun aspek penilaian yang dilakukan yaitu indikator area klinik, indikator area manajerial dan indikator area sasaran keselamatan pasien. Disamping itu diukur pula indikator mutunasional yang terdiri atas 13 indikator.

d. Hasil Perhitungan

Adapun hasil pengukuran tiap indikator dapat dilihat pada table hasil perhitungan berikut:

**Tabel.3.20**  
**Capaian Indikator Mutu Rumah Sakit Tahun 2023**

NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN RATA-RATA
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	>85%	88,32%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	95,58%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
4	Waktu Tanggap Pelayanan SCEmergensi	≥80%	66,67%
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	93,75%

6	Penundaan Operasi Elektif	≥5%	3,41%
7	Kepatuhan waktu visite DPJP	≥80%	87,75%
8	Pelaporan hasil kritislaboratorium	100%	99,78%
9	Kepatuhan penggunaan fornas	≥80%	96,74%
10	Kepatuhan terhadap clinicalpathway	≥80%	96,96%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100,00%
12	Kecepatan waktu tanggap terhadap komplain	≥80%	100,00%
13	Kepuasan pasien dan keluarga	>76,6%	83,70%
	Nilai Rata-rata		88,20 %

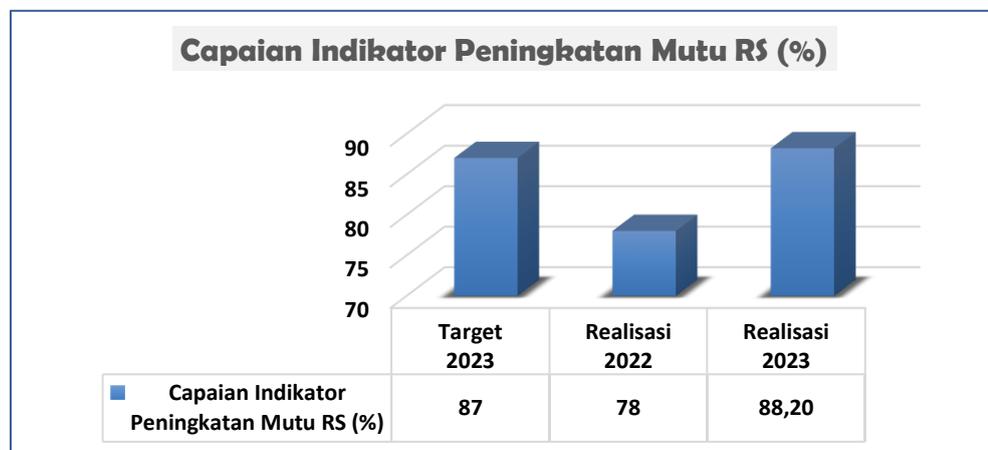
**Tabel 3.21**

**Perbandingan Capaian Indikator Mutu Rumah Sakit Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Peningkatan Mutu RS	75%	86,5%	87%	88,20%	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>115,33%</b>		<b>101,37%</b>		<b>101,96%</b>

**Grafik 3.8**

**Capaian Indikator Peningkatan Mutu Rumah Sakit**



e. Analisis Keberhasilan /Hambatan

---

Capaian keberhasilan indikator indikator mutu rumah sakit pada tahun 2023 disebabkan karena :

- Komitmen para PIC untuk melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan indikator mutu .
- Komitmen pelaksanaan SOP disetiap instalasi/unit untuk indikator mutu Rumah Sakit.
- Penerapan budaya mutu layanan belum optimal
  - f. Langkah Strategis Perbaikan
- Perbaikan dan tindak lanjut terhadap indikator yang belum memenuhi target.
- Survey mutu layanan oleh pihak eksternal
- Evaluasi kinerja bagi unit yang belum mencapai target sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM)
- Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui tata Kelola mutu

- g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki, namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, dilakukan upaya sebagai berikut:

- Sumber Daya Manusia

Tahun 2023 target indikator Peningkatan mutu RS melebihi target yang ditetapkan, meski dukungan sumber daya manusia yang masih kurang, namun dengan koordinasi dan komitmen yang kuat dari Pimpinan dan pegawai sehingga dapat melebihi target. Dengan demikian ada efisiensi SDM dalam pencapaian target .

- Keuangan

Untuk memenuhi target indikator Peningkatan mutu RS didukung anggaran sebesar Rp.162.450.000,- dengan realisasi sebesar Rp.162.152.343,- atau sebesar 99.99%. Bila dibandingkan anggarantahun 2022 sebesar Rp.300.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.276.277.467,- atau 91,7%,-. Hal ini berarti ada efisiensi anggaran pada tahun 2022.

- Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Peningkatan mutu RS dengan mengembangkan aplikasi web service, dalam

melakukan pengolahan data mutu.

h. Rekomendasi

- 1) Komite Mutu /KMKP melaksanakan fungsi, tugas sesuai kewenangannya
- 2) SK Tim /PIC Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- 3) Perbaikan tindak lanjut hasil survei

#### **KPI 10. Penelitian yang di Publikasikan**

a. Defenisi Operasional

Penelitian yang dipublikasikan adalah penelitian yang telah dilakukan di RS baik klinis maupun non klinis dan telah dipublikasikan pada jurnal tingkat nasional dan bereputasi

b. Cara Perhitungan

Jumlah Penelitian yang telah dipublikasikan pada jurnal nasional bereputasi

c. Proses Perhitungan

Hasil penelitian yang dilakukan oleh staf RSUP Dr tadjuddin Chalid baik penelitian medis maupun medis dan dimuat pada jurnal bereputasi.

d. Hasil Capaian

Tahun 2023 capaian penelitian yang dipublikasikan meningkat sangat signifikan dibandingkan tahun 2022 yang tidak ada (0%) , meskipun dana untuk penelitian telah disiapkan dalam anggaran.

Perbandingan capaian kinerja Tahun 2022 dan Tahun 2023 yaitu :

**Tabel 3.22**

#### **Capaian Indikator Penelitian yang di publikasikan Tahun 2022 - 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Target 2024
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Penelitian yang dipublikasikan	2	-	3	4	5
<b>Capaian</b>	-		<b>133,33%</b>		<b>80%</b>

e. Analisis Keberhasilan/Kendala/Hambatan.

Jumlah penelitian staf medis dan non-medis RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar selama setahun yang dipublikasikan secara Nasional.

Jumlah penelitian yang diterapkan pertahun pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 3 buah, realisasi mencapai 4 hasil penelitian atau 133,33%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap target Tahun 2024 terpenuhi sebesar 80%.Tercapainya target indikator Penelitian yang dipublikasikan bahkan melebihi target yang ditetapkan sebesar 3 pada tahun 2023 disebabkan karena :

- Sudah adanya direktorat SDM,Pendidikan dan Penelitian yang membawahi bidang penelitian
- Diberikannya kesempatan yang sangat besar kepada pegawai untuk melakukan penelitian.
- Capaian Tahun 2023 mencapai target, namun dalam proses pencapaiannya masih terdapat kendala yang dihadapi :
- Banyak peneliti masih dalam proses penelitian
- Keterbatasan dana untuk proses penelitian dan publikasi hasil penelitian/ masih kurangnya alokasi anggaran untuk penelitian.
- Belum ada program maupun sarana prasarana untuk penguatan penelitian seperti program/aplikasi digital untuk kegiatan administrasi penelitian dan monev

f. Langkah strategis perbaikan

- 1) Program peningkatan kapasitas SDM/ Peneliti dalam menulis jurnal dengan mengikutkanpelatihan,maupun workshop tentang penulisan Ilmiah
- 2) Menyiapkan anggaran pelatihan penulisan ilmiah bagi pegawai.
- 3) Perlu kerjasama dengan perguruan tinggi dalam pembinaan penulisanilmiah.
- 4) Program Pemberian Insentif Penelitian dan publikasi
- 5) Pemasaran program dan hasil penelitian untuk mendapatkan sponsorship penelitian.

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki dan namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

➤ Sumber Daya Manusia

Target indikator penulisan yang dipublikasikan tercapai dengan demikian perlu kebijakan SDM dalam hal penulisan karya ilmiah, SK atau ketentuan mengenai pemberian insentif publikasi sebagai reward bagi peneliti untuk penelitian terapan.

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target indikator Penelitian yang dipublikasikan didukung anggaran sebesar Rp.75.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.45.250.000,- atau sebesar 60%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.75.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.21.250.000,- atau sebesar 28.33%.

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Penelitian yang di publikasikan dengan mengembangkan aplikasi digital, agar dapat digunakan dalam mencari data dan informasi penulisan ( monev penelitian)

h. Rekomendasi

- 1) Diperlukan dukungan dana dan sarana uji klinik untuk penelitian yg berdampak pada pelayanan rumah sakit/ Alokasi Anggaran
- 2) Monitoring dan evaluasi terkait output indikator yang dihitung pertahun, namun monev dilakukan pertriwulan untuk tahapan proses
- 3) Pelaksanaan dan penguatan jejaring publikasi

### KPI 11. SISRUTE

Pelaksanaan Sisten Rujukan Terintegrasi yaitu menilai kasus rujukan melalui sistem rujukan terintegrasi yang memiliki *respon time* kurang dari 1 jam. Indikator ini baru ditetapkan untuk diturunkan ke semua rumah sakit rujukan vertikal di Tahun 2021, namun pelaksanaannya untuk diterapkan di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar nanti pada Tahun 2022..

a. Defenisi Operasional

Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUTE memiliki respon time kurang dari 1 jam.

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

c. Proses Perhitungan

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang direspon dalam waktu kurang dari 1 jam.

c. Hasil Capaian

**Tabel 3.23 Capaian SISRUTE Tahun 2022-2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		KET
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
SISRUTE	100%	100%	100%	100%	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

Pada periode Tahun 2023 rata-rata capaian kasus rujukan melalui SISRUTE yang direspons dalam waktu kurang dari 1 jam sebesar 100% dan nilai capaian konsisten sama dengan tahun 2022.

e. Analisis Keberhasilan/Kegagalan/Hambatan.

Capaian SISRUTE yang konsisten 100% pada Tahun 2022-2023 disebabkan oleh :

- Semakin meningkatnya fasilitas sarana dan prasarana spesialisik dan subspecialistik sehingga banyak rujukan melalui SISRUTE dari faskes layanan lainnya baik di Kota Makassar maupun diluar Makassar yang merujuk ke RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.
- Namun dalam pelaksanaannya selalu ada kendala/hambatan yaitu:
  1. Login Aplikasi SISRUTE yang memerlukan beberapa Langkah (username,password,OTP dikirim via email OTP-system dan jaringan yang terkadang lambat sehingga petugas SPGDT lambat untuk membalas dan menerima responrujukan via SISRUTE.

2. Kapasitas TT yang penuh /pasien diruang perawatan rawat inap yang menyebabkan kadang harus faskes menunggu SISRUTE.
3. Komitmen pegawai untuk mempertahankan standar pelayanan
  - f. Langkah strategis perbaikan
    1. Mengajukan penambahan akun SISRUTE untuk seluruh perawat yang akan jaga di SPGDT/IGD sehingga ketika sistem SISRUTE log-out dapat melakukan login mandiri tanpa harus menghubungi Penanggung Jawab Layanan.
    2. Penambahan Jumlah Tempat Tidur diruang perawatan rawat inap dari 200TT menjadi 270 TT
    3. Mengajukan reward dan punishment perbaikan respon time dalam menjawab rujukan melalui SISRUTE.
    4. Resosialisasi Standar Pelayanan
      - g. Rekomendasi
        1. Melakukan koordinasi terkait integrasi SISRUTE dengan system IT yang ada di IGD saat ini dengan tim IT
        2. Melakukan follow up pengusulan pelaksanaan system rujukan terintegrasi menjadi indikator kinerja SPGDT/Pegawai IGD ke Tim Remunerasi SDM.

#### **E. Terwujudnya Layanan Promotif dan Preventif**

Pelayanan promotif dan preventif di bidang kesehatan dapat berhasil dengan kolaborasi semua pihak. Dengan pelayanan promotif dan preventif kesehatan masyarakat dapat dijaga sejak dini. Pelayanan kesehatan promotif yaitu serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Sedangkan pelayanan kesehatan preventif yaitu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit.

Secara spesifik, kegiatan ini terkait dengan skrining riwayat kesehatan dan pelayanan penapisan atau skrining kesehatan tertentu. “Skrining riwayat kesehatan salah satu cara untuk mengetahui faktor risiko terjadinya penyakit di masa datang”.

Untuk mewujudkan layanan promotive dan preventif didalam Rencana Startegis Bisnis RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2022 menetapkan 3 (tiga) indikator yaitu:

- a) Pertumbuhan Layanan MCU

- b) Penambahan KSO
- c) Persentase Pengembangan Layanan Geriatri

**Tabel 3.24**

**Indikator Layanan Promotif dan Preventif**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Pertumbuhan Layanan MCU	5%	10%	10%	15%	15%
2	Penambahan KSO	10	10	10	10	10
3	% Pengembangan Layanan Geriatri	-	-	Lengkap	Sempurna	Paripurna

1.

**KPI 12. Pertumbuhan Layanan MCU**

- a. Defenisi Operasional

Layanan MCU adalah layanan pemeriksaan rutin yang dilakukan untuk meyakinkan bahwa seseorang dalam kondisi sehat dan mencegah hal apapun yang tidak diinginkan, yang dapat memicu timbulnya suatu peny.

- b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Layanan MCU Tahun Berjalan} - \text{Jumlah Layanan MCU Tahun Lalu}}{\text{Jumlah Layanan MCU Tahun lalu}} \times 100$$

- c. Proses Perhitunga

Capaian pertumbuhan layanan MCU tahun 2023 dihitung berdasarkan jumlah orang yang menggunakan jasa layanan RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar selama Tahun 2023. Peran Instalasi Promosi Kesehatan sangat vital dalam meningkatkan 3.

- d. Hasil Capaian

**Tabel 3.25**

**Perbandingan Capaian Indikator Pertumbuhan Layanan MCU**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Pertumbuhan Layanan MCU	10%	12,7%	15%	151,49%	Realisasi 2023 / 2022

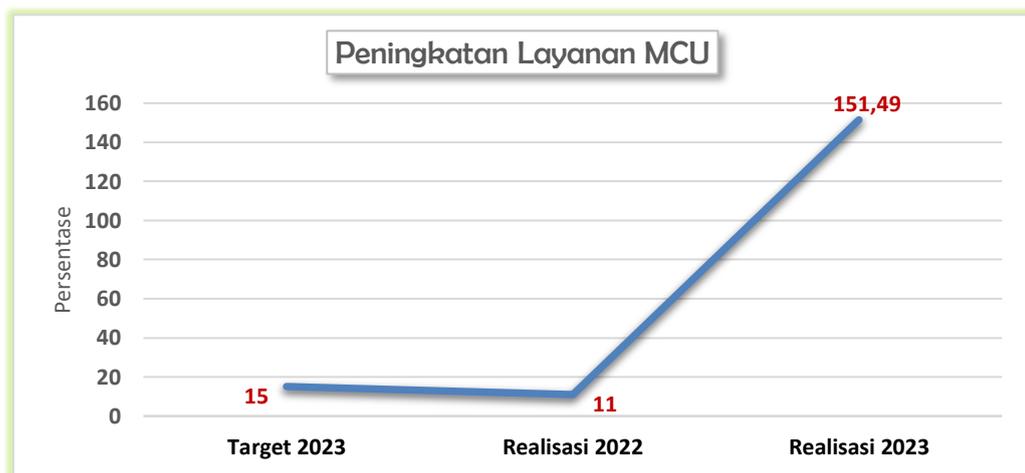
<b>Capaian</b>	<b>127%</b>	<b>1.009,93%</b>	<b>138,79%</b>
----------------	-------------	------------------	----------------

Bila dibandingkan capaian pertumbuhan layanan MCU tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada peningkatan jumlah pegawai yang melakukan MCU

Capaian Pertumbuhan Layanan MCU pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 15%, realisasi mencapai 151,49% atau capaian sebesar 1009,93%. Capaian Tahun 2023 mengalami peningkatan yang sangat signifikan dibanding Tahun 2022 yaitu sebesar 138,79%.

**Grafik 3.9**

**Perbandingan Pengukuran Indikator Pertumbuhan Layanan MCU**



**e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan**

Tercapainya target indikator pertumbuhan MCU pada tahun 2023 yang sangat signifikan melampaui target yang ditetapkan disebabkan karena optimalisasi promosi layanan MCU pada Instansi yang telah bekerja sama dengan RS Tadjuddin Chalid dalam pelaksanaan pemeriksaan kesehatan secara berkala yang rutin melakukan pemeriksaan rutin dan juga terintegrasinya 2 UPF Balai BBKPM dan BKTM yang melakukan MCU di rumah sakit induk RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.

**f. Langkah strategis perbaikan**

- 1) Melakukan kerjasama dengan instansi lain untuk meningkatkan jumlah kerjasama layanan MCU.
- 2) Peningkatan kegiatan promosi kelengkapan jenis pelayanan dan

ketersediaan DPJP.

- 3) Memaksimalkan media sosial yang ada untuk dapat menyampaikan informasi pelayanan yang ada di RS Tadjuddin Chalid.

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, dan untuk penanganan pandemi Covid 19 sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

➤ Sumber Daya Manusia

Memaksimalkan penggunaan media social yang dimiliki sehingga ada efisiensi penggunaan tenaga promosi kesehatan.

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target pertumbuhan MCU didukung anggaran sebesar Rp.210.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.190.558.772,- atau sebesar 90.74%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. .718.026.000.000, dengan realisasi sebesar Rp. 448.149.000,- atau 16.49%.

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya pertumbuhan layanan MCU dengan tersedianya informasi jenis layanan pada web site RS, agar dapat memberikan informasi secara luas sehingga efektif untuk promosi RS.

**KPI 13. Penambahan KSO**

a. Defenisi Operasional

Kerjasama Operasional adalah bentuk kerjasama dengan pihak ketiga dengan mengoptimalkan Aset yang dimiliki untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan

b. Cara Perhitungan

Jumlah kerjasama operasional baru dalam 1 periode

c. Proses Perhitungan

Capaian Penambahan KSO tahun 2023 dihitung berdasarkan jumlah MOU yang ditandatangani RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar selama tahun 2023

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.26**

**Perbandingan Capaian Indikator Penambahan KSO**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Peningkatan KSO	10	12	10	19	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>120%</b>		<b>190%</b>		<b>158,33%</b>

**Grafik 3. 10**

**Perbandingan Capaian Indikator Penambahan KSO**



Bila dibandingkan capaian penambahan KSO tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada peningkatan dimana capaian penambahan KSO pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 10 buah, realisasi mencapai 19 buah atau 190%. Capaian Tahun 2023 mengalami peningkatan sebesar 90% dibanding tahun 2022.

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005, Badan Layanan Umum (BLU) adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

**e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan**

- Hasil capaian indikator kinerja ini merupakan akumulasi yang didapatkan setiapbulannya selama satu tahun, peluang bertambahnya KSO masih ada karena RSUP DrTadjuddin Chalid Makassar memiliki Lahan yang luas dan jenis layanan yang terus meningkat setiap tahunnya.
- Pendapatan hasil Kerjasama tersebut merupakan pendapatan bagi rumah sakit yang dapat langsung dikelola.
- Permasalahan yang terjadi bagi rumah sakit yang menerapkan system BLU adalah mengenai Kerjasama dengan pihak lain dimana belum ada peraturan tentang pelaksanaan Kerjasama yang baku bagi satker BLU.
- Ditjen Bina Upaya Kesehatan mengeluarkan kebijakan bahwa semua rencana Kerja Sama yang akan dilakukan oleh Satker/UPT harus diketahui oleh Direktur Jenderal selaku pimpinan pusat, namun demikian kendala yang terjadi adalah jangka waktu yang menjadi terlalu lama dan birokrasi yang panjang, sedangkan nilai nominal kerja sama tidak sebanding,
- Masih banyaknya lahan yang bisa dimanfaatkan
  - f. Langkah strategis perbaikan
- Peningkatan kegiatan promosi kelengkapan jenis pelayanan dan ketersediaan DPJP.
- Memaksimalkan media sosial yang ada untuk dapat menyampaikan informasi pelayanan yang ada di RS.
- Meningkatkan pelaksanaan Kerjasama dengan berbagai pihak termasuk melalui pengelolaan aset dan atau SDM yang dimiliki/mitra kerjasama.berupa kerjasama operasional, sewa- menyewa dan usaha lainnya yang tidak terkait tugas pokok dan fungsi rumah sakit
  - g. Efisiensi Sumber Daya,  
Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, upaya yang dilakukan yaitu:
    - Sumber Daya Manusia  
Memaksimalkan penggunaan media social yang dimiliki, menggalakkan promosi kesehatan

➤ **Keuangan**

Untuk memenuhi target penambahan KSO didukung anggaran sebesar Rp.6.348.000.000- dengan realisasi sebesar Rp.6.031.417.710,- atau sebesar 95%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.10.064,249.000- dengan realisasi sebesar Rp. 7.882.988.000,- atau 78.33%.

➤ **Teknologi dan Informasi.**

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya penambahan KSO dengan tersedianya informasi jenis layanan pada web siteRS, agar dapat memberikan informasi secara luas sehingga efektif untuk promosi RS.

h. **Rekomendasi**

- 1). Melibatkan unit-unit terkait dalam pelaksanaan kerjasama .
- 2). SOP tentang Kerjasama KSO

**KPI 14. Persentase Pengembangan Layanan Geriatri**

a. **Defenisi Operasional**

Layanan Geriatri yang dimaksud yang akan dikembangkan yaituberdasarkan Permenkes No. 79 Tahun 2014

b. **Cara Perhitungan**

Lengkap : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut  
Sempurna : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut, Day Care  
Paripurna : Klinik Rawat Jalan, Home Care, Rawat Inap Akut,Day Care, RawatKronik, Pespite Care, Hospice Care

c. **Proses Perhitungan**

Layanan geriatric merupakan layanan unggulan dan merupakan indikator baru hasil revisi Rencana Strategis Bisnis tahun 2021. Layanan geriatric dijadikan layanan unggulan di RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar disamping layanan unggulan mata, rehab medik, dan vaskuler. Sampai tahun 2023 target layanan geriatric adalah sudah lengkap sarana dan prasarana serta SDM terutama spesialisik sudah ada.

Dasar layanan geriatric sebagai layanan unggulan di RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar adalah PMK No.79 Tahun 2014 tentang

penyelenggaraan pelayanan geriatric di rumah sakit.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.27**

**Perbandingan Capaian Indikator Geriatri**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Pengukuran pengembangan layanan geriatri	Lengkap	Lengkap	Sempurna	Lengkap	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	-		-		-

Belum ada perbandingan capaian Indikator Geriatri tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 .

e. Analisis Penyebab Keberhasilan / Kegagalan Kinerja/ Hambatan

- Hasil capaian tingkatan indikator pengembangan layanan geriatric dirumah sakit berdasarkan jenis layanan,sarana dan prasarana, peralatan dan ketenagaan untuk kategori tingkat sederhana, lengkap,sempurna,paripurna.
- Untuk RSUP.Dr,Tadjuddin Chalid Makassar masuk dalam kategori jenis pelayanan geriatric **Tingkat Lengkap** dimana melakukan layanan geriatric rawat jalan, rawat inap akut, dan kunjungan rumah ( home care).
- Lokasi pelayanan geriatric sudah sesuai dengan PMK No.79 tahun 2014 yaitu berdekatan dengan ruang perawatan, rehabilitasi medik, dan akses masuk rumh sakit.
- Kendala adalah keterbatasan tenaga untuk pelayanan poliklinik geriatric secara full time/total, karena adanya merangkap tugas di poliklinik lain.
- Tenaga medis/ dokter yang masih menempuh pendidikan subspesialistik geriatric.

f. Langkah Strategis Perbaikan :

1. Peningkatan pelayanan geriatric sesuai dengan tingkat aspek yang lebih tinggi untuk naik tingkatan layanan geriatric ke

sempurna sesuai target Tahun 2024.

2. Sosialisasi Alur pelayanan geriatri
3. Monev terhadap Tim Terpadu Geriatri.
  - g. Rekomendasi
    1. SK/ PIC Tim Terpadu Geriatri untuk kategori tingkat sempurna dan paripurna
    2. Promosi tentang layanan geriatric dikoordinir oleh Tim PKRS

#### **KPI 15. Persentase Pengembangan Layanan KJSU**

##### a. Defenisi Operasional

Layanan KJSU yang dimaksud yang akan dikembangkan yaitu Layanan Kanker, Jantung, Stroke dan Urofnetrologi dan KIA. Pengembangan kualitas layanan KJSU merupakan salah satu pilar transformasi kesehatan yang dicanangkan Kementerian Kesehatan

##### b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Layanan KJSU-KIA terbanyak}}{\text{Total jumlah kunjungan layanan KJSU-KIA}} \times 100\%$$

##### c. Proses Perhitungan

<b>KUNJUNGAN LAYANAN KJSU-KIA TAHUN 2023</b>	
<b>JENIS LAYANAN</b>	<b>JUMLAH</b>
KANKER	1737
JANTUNG	3146
SARAF	5789
URONEFROLOGY	13093
KIA	2031
<b>TOTAL</b>	<b>25796</b>

Adanya perubahan kebijakan secara nasional serta penambahan indikator mandatory dari Kementerian Kesehatan yang dituangkan dalam Perjanjian Kinerja sehingga tidak dapat di bandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu

##### d. Hasil Capaian

**Tabel 3.27**

#### **Perbandingan Capaian Pengembangan Layanan KJSU**

Sasaran strategis	Indikator kinerja	Target	Realisasi	Keterangan
Terwujudnya Layanan promotive & preventif	Pengembangan Layanan KJSU -	50%	50,75%	Indikator Mandatory
<b>Capaian</b>	-	<b>101,5%</b>		-

Jumlah kunjungan KJSU-KIA terbanyak adalah layanan Uronefrologi (pasien urologi, gagal ginjal akut, Haemodialisis) sebesar 13.093 dari total layanan KJSU-KIA 25.796 (50,75%) atau mengalami capaian 101,5% dari target yang ditetapkan,

- e. Analisis Penyebab Keberhasilan / Kegagalan Kinerja/ Hambatan
- Hasil capaian tingkatan indikator pengembangan layanan KJSU dirumah sakit berdasarkan jenis layanan, sarana dan prasarana, peralatan dan ketenagaan yang terus dikembangkan.
  - Peningkatan sarana dan prasarana dengan alat kesehatan yang canggih dan memadai seperti MRI, CT Scan, ESWL, Mesin HD, Mesin Cathlab, dll.
  - Masih kurangnya tenaga SDM yang terampil dan ahli. .
  - Kendala adalah keterbatasan tenaga untuk pelayanan poliklinik khususnya layanan KJSU, menunggu operator selesai tindakan.
  - Perbaiki kondisi pasien di IGD
    - f. Langkah Strategis Perbaiki :
      1. Pemenuhan sumber daya: SDM, Sarana & prasarana, Alkes
      - 2 Anggaran
      - 3 Monev terhadap Tim Terpadu KJSU
    - g. Rekomendasi
      1. SK/ PIC Tim Terpadu KJSU
      2. Promosi tentang layanan KJSU dikoordinir oleh Tim PKRS

#### **F. Persentase Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif**

Mutu pelayanan yang baik bukan hanya diukur dari kemewahan fasilitas, kelengkapan teknologi dan penampilan fisik akan tetapi dari

kompetensi tenaga kesehatan yang profesionalisme dan mempunyai komitmen tinggi. Kompetensi adalah kombinasi antara pengetahuan, keterampilan dan sikap dari tenaga kesehatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Pada tahun 2023 untuk mencapai terwujudnya persentase peningkatan kompetensi SDM yang kompetitif diukur dengan 2 (dua) indikator yaitu :

- a) % Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/tahun
- b) % Kompetensi SDM yang sesuai

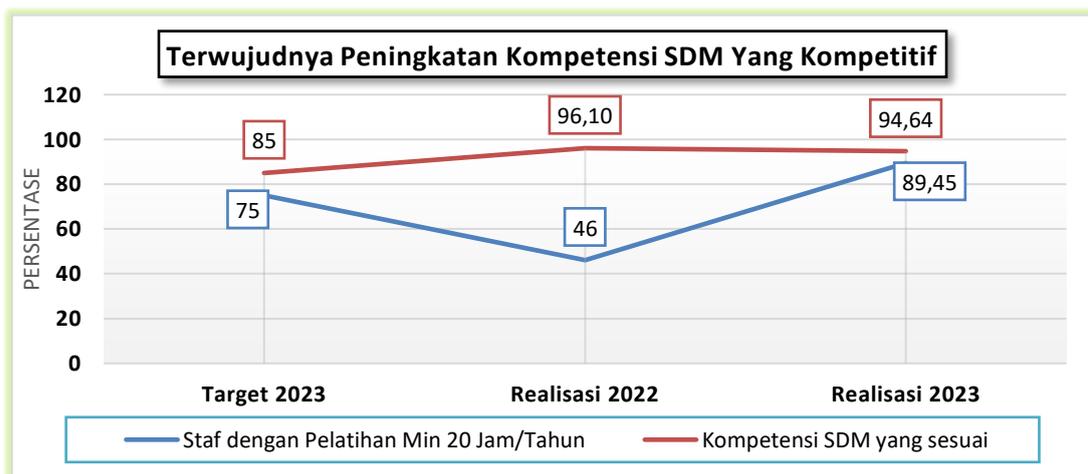
**Tabel 3.28**

**Indikator Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	% Staf dengan pelatihan min 20jam/tahun	25%	30%	50%	75%	100%
2	% Kompetensi SDM yang sesuai	45%	60%	75%	85%	90%

**Grafik 3. 11**

**Indikator Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM yang Kompetitif**



### KPI 16. Staf dengan Minimal Pelatihan 20 Jam/Tahun

a. Defenisi Operasional

Semua kegiatan peningkatan kompetensi staf (Seminar, Workshosp, Inhouse Training, Magang dll) sesuai pemetaan TNA baik yang dilakukan di dalam RS maupun yang dilakukan di luar RS dengan standar minimal 20 jam per orang per tahun.

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah staf yang mendapatkan pelatihan minilam 20 Jam pertahun}}{\text{Jumlah seluruh staf di RS}} \times 100$$

c. Proses Perhitungan

Persentase Staf dengan Minimal Pelatihan 20 Jam/Tahun dengan melakukan perhitungan semua jenis pelatihan yang diikuti oleh pegawai RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar pada tahun 2023.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.29**

**Capaian Persentase Staf dengan Pelatihan Mininal 20 Jam per Tahun**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Staf dengan pelatihan minimal 20Jam/Tahun	40%	46,2%	75%	89,45%	Realisasi 2023 / 2022
<b>Capaian</b>	<b>115,5%</b>		<b>119,26%</b>		<b>43,2%</b>

Bila melihat perbandingan capaian Persentase Staf dengan Pelatihan Mininal 20Jam/Tahun tahun 2023 ditargetkan 75% realisasi 89,45% atau capaian sebesar 119,26%.Capaian tahun 2023 mengalami peningkatan sebesar 43,2% dibandingkan dengan tahun 2022.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan.

- Adanya aplikasi SiPoetri ( Sistem Informasi Pembelajaran Online Terintegrasi) yang merupakan inovasi dari bagian Diklat dalam memfasilitasi pegawai untuk mengikuti pelatihan secara online.
- Adanya DIdirektorat SDM, Pendidikan dan Penelitian sehingga

---

penataan organisasi dan tata laksana pelatihan, pengembangan pegawai dirumah sakit

- Pelatihan yang dapat dikembangkan/sesuai dengan kebutuhan yang ada di bagian /unit layanan.
- Kendala yang dihadapi adalah pelatihan secara daring frekuensinya dikurangi, hal ini disebabkan pada hasil evaluasi terhadap hasil pelatihan daring yang tidak maksimal dalam peningkatan kompetensi peserta pelatihan, akibat tidak fokusnya peserta saat mengikuti pelatihan, disaat yang sama tetap melaksanakan tugas yang lain.

f. Langkah Strategis Perbaikan

- Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan
- Perencanaan pelatihan akan dilakukan secara responsive gender, dimana peserta pelatihan dipertimbangkan berdasarkan jenis kelamin, profesi, kepangkatan, dan status kepegawaian .
- Perlu evaluasi peningkatan kompetensi terhadap pegawai yang telah mengikuti pelatihan.

g. Efisiensi Sumber Daya

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, upaya yang dilakukan yaitu

➤ Sumber Daya Manusia

Kegiatan pelatihan yang pelaksanaannya dilakukan oleh pihak eksternal dengan pembiayaan yang bersumber dari dana BLU agar dapat dimaksimalkan dengan mengirim peserta seminimal mungkin. Namun peserta yang telah mengikuti pelatihan tersebut yang akan mentransfer ilmunya kepada pegawai yang tidak memiliki kesempatan ikut pelatihan .

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target Persentase Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun tahun 2023 didukung anggaran sebesar Rp.6.600.500.000,- dengan realisasi sebesar Rp.2.412.319.415,- atau sebesar 93%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 anggaran pelatihan sebesar Rp.Rp.6.957.698.000,- dengan realisasi sebesar Rp.1.019.184.886,- atau 14.65%. Bila melihat dari output jumlah staf yang mendapatkan pelatihan,yang lebih banyak peserta metode pelatihan

berupa luring dan daring maka ada efisiensi anggaran.

➤ **Teknologi dan Informasi**

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Persentase Staf dengan Pelatihan Minimal 20 Jam/Tahun yaitu dengan adanya aplikasi SiPoetri di website rstc yang memudahkan setiap pegawai/staf untuk mengikuti pelatihan sehingga dapat tercapai target untuk tahun 2023 . Dan memberikan informasi tentang jenis pelatihan yang telah diikuti oleh SDM RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar pada bagian humas untuk bahan informasi pada web RS.

h. **Rekomendasi**

1. Analisa Kebutuhan Pelatihan (TNA).
2. Penguatan Jejaring dan pemasaran

**KPI 17. Persentase Kompetensi Staf yang sesuai**

a. **Defenisi Operasional**

Kesesuaian Kompetensi SDM yang seharusnya dimiliki dengan tugas dan tanggung jawab yang diberikan (unit kerja)

b. **Cara Perhitungan**

$$\frac{\text{Total pegawai yang sudah melakukan pelatihan}}{\text{total pegawai bekerja sesuai dengan kompetensinya ditahun berjalan}} \times 100$$

c. **Proses Perhitungan**

Persentase Staf yang sesuai dengan melakukan analisis beban kerja dan evaluasi terhadap jenis pelatihan yang diikuti oleh seluruh pegawai RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar pada tahun 2023. Pelaksanaan evaluasi dilakukan oleh Tim Sumber Daya Manusia dengan membandingkan jenis pelatihan yang diikuti dengan kesesuaian tempat tugas pegawai tersebut.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.30**

**Capaian Persentase Kompetensi staf yang sesuai**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Kompetensi SDM yang sesuai	70%	89,7%	85%	94,64%	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>128,14 %</b>		<b>111,34 %</b>		<b>4,94%</b>

Bila melihat perbandingan capaian Capaian Persentase Kompetensi staf yang tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada kenaikan capaian target.

Capaian Persentase Kompetensi SDM yang sesuai pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 85%, realisasi mencapai 94,64% atau capaian sebesar 111,34%. Progres capaian Tahun 2023 mengalami kenaikan dibanding Tahun 2022 yaitu sebesar 4,94%.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan.

- Realisasi capaian kompetensi staf yang sesuai pada tahun 2023 melebihi target yang ditetapkan dan mengalami peningkatan dibandingkan dengan realisasi target pada tahun 2022 Berdasarkan pemetaan yang dilakukan oleh bagian sumber daya manusia maka diperoleh nilai Persentase Kompetensi Staf Yang Sesuai sebesar 94,64 %, melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 85 %..
- Adanya inovasi seperti: SIMPATI ( Sistem Informasi pegawai Terintegrasi),, SIREMBUK (Sistem remunerasi Berbasis Kinerja), PRESENSI (Sistem Informasi Presensi Pegawai)

f. Langkah Strategis Perbaikan

- Penguatan kompetensi pegawai melalui Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
- Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan
- Monitoring dan Evaluasi pegawai yang telah mendapatkan pelatihan apakah berpengaruh terhadap kinerja unit.
- Koordinasi Pelaksanaan Sertifikasi dan Monev
- Penerapan system reward untuk pegawai

- Pengelolaan secara sistematis dan terencana dengan pengembangan kompetensi pegawai
- Efisiensi Sumber Daya, Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU sehingga upaya yang dilakukan yaitu:
  - Sumber Daya Manusia  
Menciptakan lingkungan yang kondusif dan memacu motivasi untuk berkembang dan maju dengan menumbuhkan sikap dan perilaku yang positif ( soft competency) pada masing-masing pegawai .
  - Keuangan  
Untuk memenuhi target Kompetensi Staf yang sesuai didukung anggaran sebesar Rp.60.696.682.000,- dengan realisasi sebesar Rp.60.645.613.824,- atau sebesar 99.92 %. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.65.079.059.750.000,- dengan realisasi sebesar Rp.52.185.933.380.000,- atau 80.19 %.
  - Teknologi dan Informasi  
Pengembangan Inovasi yang sudah dikembangkan oleh Direktorat SDM, Penelitian dan Pelatihan untuk terus disosialisasikan kesemua pegawai rumah sakit.
- g. Rekomendasi
  - Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)
  - Kegiatan Pengembangan kompetensi seperti Pendidikan dan pelatihan, rotasi, mutasi
  - Analisis Beban Kerja (ABK)
  - Pemenuhan standarisasi kompetensi sesuai core business dan arah pengembangan

#### **G. Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal**

Layanan Rumah Sakit yang baik tentunya ditunjang dengan keberadaan peralatan dan perlengkapan pendukung yang prima . Tahun 2023 terwujudnya sarana prasarana yang andal diukur keberhasilannya dengan indikator sebagai berikut :

- a) % Efektifitas alat medik utama layanan unggulan
- b) Capaian Green Hospital

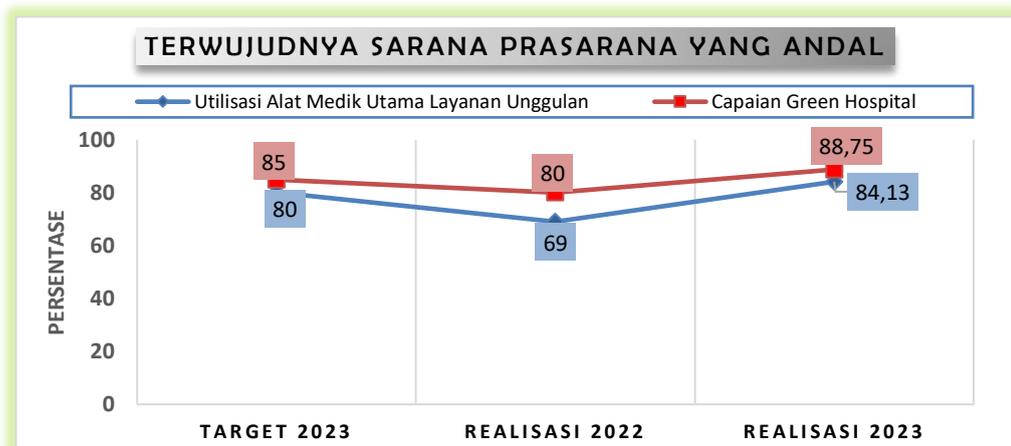
**Tabel 3.31**

**Indikator Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	% Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan	65%	70%	75%	80%	85%
2	Capaian Green Hospital	70%	75%	80%	85%	90%

**Grafik 3.12**

**Pengukuran Terwujudnya Sarana Prasarana yang Andal**



**KPI 18. Efektifitas Alat Medik Utama Layanan Unggulan**

- a. Defenisi Operasional

Alat Medik Utama Layanan Unggulan yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta

Efektivitas Alat Kesehatan :

Tahun 2020 = 60%

Tahun 2021 = 50%

Tahun 2022 = 40%

Tahun 2023 = 20%

b. Cara Perhitungan

*Unpredicted Maintenance Cost – Predicted Maintenance Cost*

c. Proses Perhitungan

Persentase Efektifitas alat medik utama dihitung dengan melakukan list pada alat yang digunakan pada jenis layanan unggulan yaitu rehab medik, mata, vaskuler dan geriatric dengan harga diatas 500 juta.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.32**

**Perbandingan Capaian Persentase Efektifitas alat medik utama**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Ket
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Utilisasi Alat medik utama layanan unggulan	75%	76,5%	80%	84,13%	Realisasi 2023 -2022
<b>Capaian</b>	<b>102 %</b>		<b>105,16 %</b>		<b>7,63</b>

Bila melihat perbandingan capaian Capaian Persentase Efektifitas alat medik utama tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada kenaikan capaian target.

Capaian Persentase Utilisasi Alat medik utama layanan unggulan pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 84,13% atau capaian sebesar 105,16%. Capaian Tahun 2023 mengalami kenaikan dibanding Tahun 2022 yaitu sebesar 7,63%.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan.

- Realisasi capaian Persentase Efektifitas alat medik utama pada tahun 2023 melebihi target yang ditetapkan dan mengalami peningkatan dibandingkan dengan realisasi target pada tahun 2022. Berdasarkan hasil perhitungan pada sejumlah alat medik utama yang bernilai diatas 500 juta, yang terdiri atas alat rehab medik, alat mata, alat vaskuler dan alat geriatric diperoleh capaian sebesar 84,13 %.

- 
- Menyusun SOP dan maintenance setiap alat mmedik utama
  - Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan KSO alat medik
    - f. Langkah Strategis Perbaikan /Upaya Tindak Lanjut
  - Menyusun perencanaan perawatan dan pemeliharaan ( utilitas ) alat medis utama
  - Mengoptimalkan pemanfaatan alat medik utama
  - Maintanance alat tetap harus dilakukan tepat waktu.
  - Pelatihan operator alat medik tetap dianggarkan untuk menjaga mutu hasil pemeriksaan.
  - Efisiensi Sumber Daya, dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:
    - Sumber Daya Manusia  
Pemakaian alat medik utama dilakukan oleh tenaga yang terlatih dan professional sehingga diharapkan penggunaan alat tersebut bisa bertahan lama dengan hasil yang akurat . Operator alat harus mampu melakukan maintenance standar sehingga bila ada kerusakan kecil bisa tertangani tanpa melibatkan vendor. Dengan demikian diharapkan ada efisiensi anggaran pemeliharaan.
    - Keuangan  
Untuk memenuhi target Persentase Efektifitas alat medik utama didukung anggaran sebesar Rp.7.993.681.000,- dengan realisasi sebesar Rp.6.375.733.351,- atau sebesar 80%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.57.751.299.000,-, dengan realisasi sebesar Rp. Rp.7.286.636.323,- atau 12.62%.
    - Teknologi dan Informasi  
Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya Persentase Efektifitas alat medik utama yaitu dengan tersedianya data jenis alat dan tanggal dilakukan kalibrasi dari masing-masing alat medik utama, melalui aplikasi SIMAK BMN yang terintegrasi dengan SIMGOS ( Monev system manajemen peralatan dan alat kesehatan)
  - g. Rekomendasi
-

- Peningkatan kompetensi tenaga teknis melalui Pendidikan dan pelatihan
- Koordinasi dengan unit yang terkait antara IPSRS, BMN, bagian Umum dan Rumah Tangga, serta user alat medik utama
- Penempatan tenaga teknis sesuai kompetensi yang dibutuhkan

### **KPI 19. Capaian Green Hospital**

#### a. Defenisi Operasional

Green Hospital adalah rumah sakit yang didesain, dibangun/direnovasi dan dioperasikan serta dipelihara dengan mempertimbangkan prinsip kesehatan dan lingkungan berkelanjutan.

1. Pengelolaan Tapak :
  - a. Ruang terbuka hijau min. 30%
  - b. Pengelolaan limbah air hujan ( Biopori, kolam serapan , dan sumur pantau )
  - c. Lahan Parkir Sepeda Conblock
2. Energy Consumption and Conservation :
  - a. Pengukuran penggunaan listrik dan air per bulan
  - b. Pengurangan penggunaan sumber daya lain
  - c. Merujuk pada poin 1.b
3. Material Sumber daya dan Lifecycle ( sumber hidup)
  - a. Pengurangan R22 (CFC) pada alat
4. Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang
  - a. Opening Ventilation (bukaan)
  - b. Pengukuran Emisi CO2
  - c. Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokok
  - d. Tidak menggunakan bahan bangunan berbahaya (Asbestos)
  - e. Tersedia jendela pada setiap ruangan
  - f. Menggunakan lampu LED
5. Adanya taman penyembuhan baik indoor maupun outdoor 30%
6. Manajemen lingkungan gedung
  - a. Utility bersertifikat green buliding
  - b. Pengelolaan sampath, B3 & Non B3 (Organik & Non Organik)
  - c. Uji kesesuaian Gedung (Uji Teknis Bangunan)

#### b. Cara Perhitungan

*Green Hospital* yang akan diukur adalah :

1. Pengelolaan Tapak :
  - Ruang terbuka hijau min. 30%
2. Kesehatan dan Kenyamanan dalam ruang

- Kawasan bebas rokok & penyediaan ruangan khusus merokok
3. Manajemen lingkungan gedung
- Pengelolaan sampah, B3 & Non B3 (Organik & NonOrganik)

c. Proses Perhitungan

Persentase Green hospital dihitung dengan melakukan :

- Pengukuran ruang tapakhijau yang dimiliki Rumah Sakit. Luas lahan RSUP Dr Tadjuddin Chalid Makassar sebesar ± 11 hektar, dimana lahan yang digunakan untuk pembangunan Gedung sebanyak ± 1 hektar, dengan demikian ada ± 10 hektar yang menjadi ruang terbuka hijau atau sekitar 90%. Untuk ruang khusus bagi perokok tidak disediakan karena berdasarkan Peraturan Bersama Menteri Kesehatan Dan Menteri Dalam Negeri Nomor 188/Menkes/Pb/I/2011 Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok, RS salah satu tempat yang ditetapkan sebagai Kawasan tanpa rokok. Pengelolaan Limbah B3 dan Non B3 dikelola oleh pihak ketiga. Namun dalam pelaksanaannya kadang mengalami keterlambatan dalam pengangkutan.
- Menggunakan Aplikasi “ Penilaian Mandiri Berhias” dengan item penilaian yaitu pengelolaan kearsipan, kantor ramah lingkungan, efisiensi energi dan air, K3.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.33**

**Capaian Persentase Green Hospital**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Ket
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Capaian green Hospital	75%	83,3%	85%	88,75%	Realisasi 2023 - 2022
<b>Capaian</b>	<b>111,06 %</b>		<b>105,16 %</b>		<b>5,45%</b>

Bila melihat perbandingan capaian Capaian Persentase Green Hospital tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada kenaikan capaian

---

target. Capaian green Hospital pada Tahun 2023 ditargetkan sebesar 85%, realisasi mencapai 88,75% atau capaian sebesar 105,16%. Capaian Tahun 2023 mengalami peningkatan dibanding Tahun 2022 yaitu sebesar 5,45%.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan /Hambatan

Realisasi capaian green hospital yang sesuai pada tahun 2023 melebihi target yang di tetapkan dan mengalami peningkatan dibandingkan dengan realisasi target pada tahun 2022

f. Langkah strategis perbaikan

- Kebersihan dan keindahan ruang tapak hijau harus tetap dijaga, dengan melakukan monitoring setiap bulan oleh PIC.
- Pengelolaan lahan kosong agar dapat dimaksimalkan untuk meningkatkan pendapatan bagi RS, dengan menyewakan lahan pada pihak ke tiga.
- Lahan kosong dapat dikelola menjadi kebun sayur dan hasilnya dapat dimanfaatkan untuk pegawai maupun dikomersilkan.
- Monev melalui pelaporan setiap bulan dan merupakan salah satu indikator kinerja rumahsakit (KPI 1 Transformasi RSV)tim champion rumah sakit dalam memantau penilaian mandiri berhias yang merupakan salah satu bagian dari KPI Inisiatif Transformasi RSV.
- Efisiensi Sumber Daya, dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

➤ Sumber Daya Manusia

Bagi pegawai yang memiliki hobby berkebun dapat menggunakan lahan kosong tersebut untuk dijadikan kebun sayur, sehingga pengelolaan lahan tidak memerlukan pembiayaan dari Rumah Sakit

➤ Keuangan

Untuk memenuhi target capaian green hospital didukung anggaran sebesar Rp.4.670.149.000,- dengan realisasi sebesar Rp.4.376.749.259,- atau sebesar 93.72%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.13.536.432.000,-, dengan realisasi sebesar Rp.2.103.703.149,-, atau 15.54%. , -

➤ Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan infornasi dalam mendukung

tercapainya capaian green hospital yaitu dengan adanya dashboard pengukuran pengelolaan limbah B3 dan Limbah Non B pada aplikasi SIMRSGOS yang dapat diakses oleh manajemen Rumah Sakit dan jaringan dalam pengisian aplikasi Penilaian Mandiri Berhias yang diupdate setiap bulan

#### H. Indikator Terwujudnya Pengembangan Layanan SIMRS

Salah satu upaya transformasi bidang kesehatan yaitu transformasi teknologi informasi. Pengembangan layanan Sistem informasi Rumah Sakit sebagai salah satu indikator yang ada dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2023. Target pengembangan SIMRS setiap tahun dapat dilihat pada table berikut:

**Tabel 3.34**

**Indikator Terwujudnya Tahapan Pengembangan SIMRS**

No	Indikator Kinerja	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
1	% Tahapan Pengembangan SIMRS	30%	40%	50%	60%	70%

#### KPI 20. Penerapana Pengembangan Layanan SIMRS

##### a. Defenisi Operasional

SIMRS adalah sistem informasi yang terintegrasi untuk menunjang digitalisasi pelayanan termasuk manajerial di seluruh unit yang ada di RS. Unit yang dimaksud adalah:

1. Medik dan Keperawatan
2. Keuangan
3. SDM
4. Umum
5. IPPJ
6. Instalasi Rawat Jalan
7. Instalasi Rawat Inap
8. Instalasi Gawat Darurat
9. Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif

10. Instalasi Bedah Sentral
11. Unit Hemodialisa
12. Unit Unggulan\*
13. Instalasi KIA/KB
14. Instalasi Rehabilitasi Medik\*
15. Instalasi Laboratorium
16. Instalasi Radiologi
17. Instalasi Farmasi

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Unit yang Menerapkan Pengembangan SIMRS}}{\text{Total Unit Yang Ada}} \times 100$$

c. Proses Perhitungan

Persentase pengembangan SIMRS dihitung dengan semua unit yang menjadiparameter indikator keberhasilan yaitu 17.Modul Implementasi SIMRS yaitu Pendaftaran, Pelayanan, Penunjang, Farmasi, Kasir/Pembayaran,Grouping & Klaim (Bridging INACB's), Modul persediaan, Modul Mutu, Modul PPI, Modul MSDM, Modul Akuntansi,APM (Anjungan endaftaran Mandiri),Booking Jadwal Terapi Instalasi rehab medik,Modul Clinical Pathway, Modul ESP dan Pengajuan Klaim

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.35**  
**Tahapan Pengembangan SIMRS**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		KET
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Penerapan pengembangan	45%	75%	60%	74,75%	Realisasi 2023-/022
<b>Capaian</b>	<b>166,66 %</b>		<b>124,58 %</b>		<b>99,66 %</b>

Bila melihat perbandingan capaian Capaian Tahapan Pengembangan SIMRStahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada kenaikan capaian target. Capaian Penerapan pengembangan layananan SIMRS pada Tahun 2023

---

ditargetkan 60%, realisasi 74,75% atau sebesar 124,58%. Terdapat kesamaan capaian Tahun 2023 dengan Tahun 2022 tetapi ada kenaikan target di tahun 2023. Progres realisasi capaian kinerja Tahun 2023 terhadap Tahun 2022 terpenuhi sebesar 99,66%.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan.

- Realisasi capaian Tahapan Pengembangan SIMRS yang menunjang digitalisasi layanan pada tahun 2023 melebihi target yang ditetapkan. Dari 20 instalasi/unit yang menjadi target pengembangan digitalisasi layanan, hanya 16 unit yang telah menerapkan system informasi dan teknologi selama tahun 2022. Ke 16 instalasi unit tersebut antara lain Medik dan Keperawatan, IPPJ, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Anestesi dan Terapi Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Unit Hemodialisa, Unit Unggulan (Mata, Vaskuler, Rehab Medik), Instalasi KIA/KB, Instalasi Rehab Medik, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi Bagian Keuangan, Bagian SDM, Bagian Umum, Bagian Penunjang, sedangkan instalasi unit yang belum menerapkan system teknologi informasi yaitu :, Unit Pemulasaran Jenazah. Unit belum menerapkan system teknologi dan informasi karena system yang akan digunakan belum terkoneksi secara penuh, sehingga masih manual dalam pelaksanaan pekerjaannya.
- Ada beberapa parameter di Instalasi laboratorium yang belum termapping

f. Langkah Strategis Perbaikan

- Penambahan tenaga Programmer untuk pengembangan IT
- Perlunya dukungan kebijakan RS dalam mendukung penggunaan aplikasi melalui komitmen bersama.
- Perlu analisa atas proses pengembangan dari tim programmer dan sosialisasi dari tim operasional. Bentuk penguatan di mulai dari analisa yang mendalam agar memudahkan programmer dalam melakukan pengembangan aplikasi. Begitu pula sosialisasi yang lebih intensif terhadap pengguna/unit layanan untuk mendukung akselerasi data.
- Memasukan penilaian pengembangan SIMRS dalam penilaian IKU instalasi/unit.

- Efisiensi Sumber Daya, dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU, sehingga upaya yang dilakukan yaitu:
  - Sumber Daya Manusia  
Dengan adanya implementasi modul instalasi/unit yang sudah menerapkan system teknologi informasi sehingga ada efisiensi tenaga dan waktu dalam proses pelayanan.
  - Keuangan  
Untuk memenuhi target capaian pengembangan SIMRS didukung anggaran sebesar Rp.679.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.549.326.843,- atau sebesar 80.90%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp. Rp.1.023.700.000,-,-, dengan realisasi sebesar Rp.453.458.600,- atau 44.30%. Bila dibandingkan anggaran yang digunakan pada tahun 2023 lebih besar dari pada tahun 2022 karena pada tahun 2023 semua instalasi yang merupakan revenue center ditargetkan agar mampu mengembangkan dan menerapkan system teknologi informasi dalam proses layanannya.
  - Teknologi dan Informasi  
Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya pengembangan SIMRS adalah dengan melengkapi sarana computer tiap instalsi sesuai kebutuhan dan mengembangkan kapasitas jaringan.
- g. Rekomendasi
  - a) Tenaga IT /SDM yang berkompeten
  - b) Peningkatan tenaga IT yang kompetensi dengan Pendidikan & Pelatihan yang berkelanjutan

#### **I. Indikator Terwujudnya Pengelolaan Keuangan yang Mandiri**

Indikator Terwujudnya Pengelolaan keuangan yang Mandiri berguna untuk menilai kemampuan rumah sakit untuk menanggung seluruh beban biaya yang dikeluarkan rumah sakit, baik berupa biaya operasional maupun belanja modal pengembangan rumah sakit (TKK). . Semakin tinggi kemampuan rumah sakit untuk membiayai seluruh belanjanya, maka semakin baik kinerja rumah sakit. Rumah sakit memiliki kewajiban

memberikan pelayanan yang maksimal bagi masyarakat. Sistem kita harus terus berubah menyesuaikan dengan situasi yang terus berubah. Untuk mencapai pengelolaan keuangan yang mandiri ada 2 (dua) indikator yang menjadi ukuran yaitu:

**KPI 21. Hasil Audit Laporan Keuangan**

a. Defenisi Operasional

Audit Laporan Keuangan adalah Audit Keuangan oleh BPKsecarakeseluruhan laporan keuangan sesuai dengan SAP.

b. Cara Perhitungan

Hasil Audit Laporan Keuangan oleh BPK

c. Proses Perhitungan

Laporan keuangan merupakan hasil dari audit eksternal yang bersifat independentdimana bagian keuangan dan sub bagian evluasi dan pelaporan akan menyampaikanlaporan tahunan untuk selanjutnya diaudit oleh tim independent. Tim audit akan melakukan investigasi laporan dengan melakukan audit langsung kepada instalasi maupun unit lalu membandingkan dengan laporan yang ada.

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.36**

**Audit Laporan Keuangan Tahun 2022 - 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Ket
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Hasil audit laporan keuangan	WTP	WTP	WTP	WTP	Realisasi 2023/2022
<b>Capaian</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

Bila melihat perbandingan capaian Capaian laporan keuangan tahun 2022 dengan capaian tahun 2023 mencapai target.

e. Analisis Keberhasilan /Kegagalan /Hambatan

Realisasi capaian Laporan Keuangan tahun 2023 mencapai target yaitu wajar tanpa pengecualian. Laporan keuangan dan laporan tahunan

---

yang disampaikan oleh bagian keuangan dan sub bagian evaluasi dan pelaporan memenuhi syarat untuk penilaian laporan Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)

f. Langkah Strategis Perbaikan /Upaya Tindak Lanjut

- Penerapan standar akuntansi pemerintah (SAP) agar dapat tetap diterapkan secara menyeluruh dalam penyusunan dan penyajian laporan keuangan RS
- Konsistensi pengumpulan data penyusunan laporan melalui system aplikasi sehingga tidak ada keterlambatan dalam penyusunan laporan.
- Efisiensi Sumber Daya, dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki namun dengan semangat efisiensi anggaran sebagai satker BLU sehingga Upaya yang dilakukan yaitu :
  - Sumber Daya Manusia  
Dalam memenuhi target laporan keuangan wajar tanpa pengecualian ada efisiensi tenaga dengan tersedianya data dari instalasi/unit melalui aplikasi SIMRS sehingga SDM penyusun laporan lebih sedikit dan waktu yang digunakan lebih singkat .
  - Keuangan  
Untuk memenuhi target laporan keuangan wajar tanpa pengecualian didukung anggaran sebesar Rp.200.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp.134.540.400,- atau sebesar 67%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.200.000.000,- dengan realisasi sebesar Rp. Rp.76.000.000,- atau 38%,-. Pada tahun 2023 terjadi efisiensi keuangan dengan hasil capaian yang sama.
  - Teknologi dan Informasi  
Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya laporan keuangan wajar tanpa pengecualian dengan tersedianya data dukung laporanyang bisa diakses dari aplikasi SIMGOSRS.

**KPI 22. Pertumbuhan Pendapatan**

a. Defenisi Operasional

Pendapatan adalah Imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerja sama dengan pihak lain, sewa, jasa Lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan langsung dengan pelayanan BLU tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN dan Hibah Pertumbuhan mengacu pada target yang telah ditetapkan

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Pendapatan Tahun Berjalan} - \text{Target Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan Tahun Berjalan}} \times 100$$

c. Proses Perhitungan

Persentase pertumbuhan pendapatan dihitung dengan menghitung pendapatan tahun berjalan lalu mengurangkan target pendapatan tahun berjalan setelah itu dibagi dengan target pendapatan tahun berjalan. Pertumbuhan pendapatan pertahun merupakan prosentasi dari perbandingan pendapatan tahun berjalan dengan pendapatan tahun lalu. Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan-pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan dari APBN/RM. Formula perhitungan yang dipergunakan adalah  $\{(\text{pendapatan Tahun Berjalan} - \text{Pendapatan Tahun lalu}) / \text{pendapatan tahun lalu}\} \times 100\%$

d. Hasil Capaian

**Tabel 3.37**  
**Pertumbuhan Pendapatan**

Indikator Kinerja	Tahun 2022		Tahun 2023		Ket
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
% Pertumbuhan pendapatan	10%	-17,62%	10%	92,95%	15%
<b>Capaian</b>	<b>-(176,2) %</b>		<b>929,5 %</b>		<b>619,67 %</b>

e. Capaian/kondisi yang dicapai:

Perhitungan pendapatan pertahun :

$$\begin{aligned}
 &= [(pendapatan Tahun Berjalan dikurang Pendapatan Tahun lalu) \\
 &\text{dibagi (pendapatan tahun lalu)] di kali 100\% \\
 &= 62.597.190.665/67.342.688.213) \times 100\% \\
 &= 92,95\%
 \end{aligned}$$

**Grafik 3.13**

Capaian Persentase Pertumbuhan Pendapatan



Bila melihat perbandingan capaian pertumbuhan pendapatan tahun 2023 dengan capaian tahun 2022 ada kenaikan capaian target yang sangat signifikan.

Capaian pendapatan pertahun pada tahun 2023 ditargetkan 10%, realisasi 92,95% atausebesar 929,5%. Capaian pertumbuhan pendapatan pertahun pada Tahun 2023 mengalami peningkatan yang sangat signifikan sebesar 110,57%. Progres capaian kinerja Tahun 2023 terhadap jangka pendek Tahun 2024 terpenuhi sebesar 619,67 %.

f. Analisis Keberhasilan /Kegagalan /Hambatan Kinerja.

Realisasi capaian pertumbuhan pendapatan tahun 2023 mengalami kenaikan yang sangat signifikan dari target yang di tetapkan dan juga mengalami kenaikan dibandingkan dengan realisasi target pada tahun 2022.

---

Komponen pendapatan rumah sakit yaitu :

- Pendapatan Operasional meliputi pendapatan pasien umum, pendapatan pihak ketiga seperti jaminan sosial ( Askes/JKN, Jaminan kesehatan Lainnya)
- Pendapatan usaha dan jasa layanan meliputi : pendapatan usaha rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, penunjang medis
- Pendapatan dari usaha lainnya seperti Pendapatan dari APBN ( RM), keuntungan penjualan asset non lancer, hibah, pendapatan investasi
  - g. Langkah Strategis Perbaikan /Upaya tindak lanjut :
- Agar dapat meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di seluruh sektor pengeluaran
- Agar dapat lebih mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan aset agar dapat menghasilkan pendapatan yang maksimal
- Peningkatan layanan baik layanan medik maupun layanan non medik yang memiliki nilai ungkit dalam meningkatkan pendapatan
- Layanan unggulan Rumah Sakit yaitu Rehabilitasi medik, bedah vaskuler dan vitreo retina, agar dapat di buatkan pelayanan poliklinik sore
- Poliklinik Eksekutif yang perlu segera direalisasikan dan rawat inap eksekutif yang masih sangat kurang kamarnya
- Efisiensi Sumber Daya sehingga upaya yang dilakukan yaitu:
  - Sumber Daya Manusia  
Memaksimalkan penggunaan media social yang dimiliki sehingga promosi layanan tidak memerlukan tenaga promosi kesehatan yang banyak namun efektif untuk daya ungkit peningkatan pendapatan .
  - Keuangan  
Untuk memenuhi target pertumbuhan pendapatan didukung anggaran sebesar Rp.81.857.964.000,- dengan realisasi sebesar Rp.79.653.284.463,- atau sebesar 97.31%. Bila dibandingkan anggaran tahun 2022 sebesar Rp.315.977.317.710,-, dengan realisasi sebesar Rp.135.478.812.076,- atau 43%.
  - Teknologi dan Informasi

Penggunaan Teknologi dan informasi dalam mendukung tercapainya pertumbuhan pendapatan adalah dengan menggunakan system teknologi informasi dalam pemasaran layanan, baik melalui Web site, Instagram, Facebook Rumah Sakit, maupun lewat status Whatshap semua pegawai Rumah Sakit.

## II. ANALISIS CAPAIAN KINERJA INDIKATOR MANDATORY

Pada tahun 2023 ada penambahan Indikator Mandatory yang sifatnya wajib untuk dilaksanakan oleh rumah sakit dalam meningkatkan proses pelayanan dirumah sakit, selain idikator yang diambil dari Rencana Strategis Bisnis /RSB Tahun 2020-2024.

### KPI 23. Persentase pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar

#### a. Definisi Operasional

Pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar adalah Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi prasarana dan alkesnya

#### b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS}}{\text{Standar acuan}} \times 100$$

#### c. Hasil Capaian

**Tabel 3.**

### Pengukuran Capaian Pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
% pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai standar	95 %	92,55 %	Tidak tercapai

Capaian Pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar) pada tahun

---

2023 ditargetkan sebesar 95%, realisasi mencapai 92,55% Progres capaian realisasi masih dibawah nitai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Belum optimalnya pemenuhan SPA sesuai standar
- Masih kurangnya SDM yang berkompeten dibidang SPA
- Kurangnya sosialisasi tentang Pengembangan Sistem Teknologi Informasi SPA (ASPAK) ke unit-unit /user.
- Kurangnya koordinasi lintas sektor/unit di bidang SPA
- Keaktifan dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala

f. Langkah Strategis perbaikan

- Monev pemenuhan SPA sesuai dengan ratio kebutuhan yang sesuai standar
- Peningkatan kapabilitas SDM dibidang SPA rumah sakit
- Sosialisasi Pengembangan Sistem Teknologi Informasi SPA (ASPAK) yang handal bekerjasama dengan Tim IT
- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi SPA (ASPAK) yang handal untuk kemudahan informasi dan interoperabilitas
- Meningkatkan kerjasama dan keselarasan lintas program di unit-unit di bidang SPA sesuai dengan kebutuhan

g. Rekomendasi

- Pendampingan oleh Tim bagian ASPAK.
- Pelatihan bagi tim bagian ASPAK/BMN, IPSRS
- Rapat koordinasi dengan bagian/unit yang terkait dengan SPA.

**KPI 24. Persentase penurunan jumlah kematian dirumah sakit vertikal**

a. Definisi Operasional

Penurunan jumlah kematian dirumah sakit vertikal adalah Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan

b. Cara Perhitungan

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 39**

**Pengukuran Capaian Penurunan Jumlah kematian dirumah sakit vertikal**

$$\frac{\text{Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam} \times 100}{\text{Jmlh pasien keluar ( H+M)}}$$

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
% Penurunan jumlah kematian dirumah sakit vertikal	<2,5%	0,5 %	Tercapai

Capaian Penurunan jumlah kematian dirumah sakit vertikal pada tahun 2023 ditargetkan sebesar <2,5%, realisasi mencapai 0,5%. Progres capaian realisasi kategori minimumm mencapai target yang ditetapkan. Perhitungan indikator ini mengambil data dari psien rawat inp RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan UPF BBKPM Makassar.

d. Analisis keberhasilan/kegagalan/kendala/hambatan

Tercapainya indikator ini menunjukkan :

- Kualitas mutu layanan dirumah sakit terkhusus diruang perawatan rawat inap, dan Ruang perawatan rawat inap yang tinggi angka kematiannya adlah ruang perawatan intensif terkhusus ruang perawatan ICU.
- Tenaga kesehatan yang bertugas di ruang perawatan rawat inap terkhusus perawat, adalah tenaga yang terlatih dengan sertifikat khusus seperti untuk ruang perawatan ICU,PICU,NICU.
- Keterbatasan ruang perawatan rawat inap dengan kapasitas jumlah tempat tidur terkhusus di rumh sakit induk masih kurang (200TT) terutama untuk ruang perawatan intensif.
- Rasio nakes: pasien yang belum sesuai standar berdasarkan Analisis Beban Kerja (ABK)

e. Langkah Strategis perbaikan

- Peningkatan sarana dan prasarana penunjang
- Peningkatan kapabilitas SDM baik medis maupun non medis terkhusus tenaga perawat berupa pelatihan dan studi banding.

- Penambahan jumlah SDM terutama perawat
- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi (SIRANAP, SIMRS-GOS)
  - f. Rekomendasi
- Melakukan analisa kembali terkait sumber daya manusia dan sumber daya seperti sarana dan prasarana yang tersedia untuk optimalisasi pelayanan.
- Penambahan server jaringan IT.
- Alokasi anggaran

**KPI 25. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing rumah sakit setiap 6 bulan**

a. Definisi Operasional

Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas dimasing-masing rumah sakit setiap 6 bulan adalah Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan

b. Cara Perhitungan

Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 40**

**Pengukuran Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas setiap 6 Bulan**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian
Pengukuran Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	100%

Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan

---

prioritas setiap 6 Bulan rumah sakit vertikal pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 2 kali realisasi mencapai 2 Progres capaian realisasi mencapai target yang ditetapkan.. Perhitungan indikator ini mengambil data dari catatan rekam medik setiap 6 bulan (laporan semester) yang PIC dari indikator ini adalah Komite Medik.

d. Analisis keberhasilan/kegagalan/kendala/hambatan

Tercapainya indikator ini menunjukkan :

- Adanya komitmen dari berbagai stakeholder terkait dan organisasi profesi serta organisasi yang terlibat dalam mendukung program pemerintah ini
- Pertemuan Koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit dan pembahasan hasil audit medis.
- Peran dan fungsi Komite Medik sebagai penanggungjawab dalam proses kegiatan indikator ini.
- Permasalahan adalah pengumpulan audit medis yang kadang masih tidak tepat waktu.

e. Langkah Strategis perbaikan

- Pertemuan koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit, Pertemuan koordinasi diperlukan untuk mengkoordinasikan program audit klinis di rumah sakit yang perlu diperkuat dan dikembangkan serta meningkatkan pemahaman mengenai regulasi dan pedoman yang terkait audit klinis rumah sakit.
- Sosialisasi Juknis Audit medik/klinis di RS.
- Mengikuti workshop hasil audit yang melibatkan organisasi profesi terkait.
- Pembinaan Teknis Audit Klinis di Rumah Sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Klinis di Rumah Sakit.

f. Rekomendasi

- Pertemuan Koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit dan pembahasan hasil audit medis ( Komite Medik).
- Alokasi Anggaran.

**KPI 26. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai**

**dengan Rencana Bisnis Anggaran**

a. Definisi Operasional

Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di rs vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal

b. Cara Perhitungan

Sesuai dengan RBA

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 41**

**Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai RBA	5%	2 %	BelumTercapai

Pengukuran Capaian pelayanan unggulan rajal dan ranap di rs vertical agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelay.khusus/VVIP di rs vertical pada tahun 2023 ditargetkan sebanyak 5% realisasi mencapai 2%. Capaian realisasi tidak mencapai target yang ditetapkan.. Perhitungan indikator ini mengambil data dari jumlah pelayanan unggulan VVIP dirumah sakit yang sesuai dengan RBA, dimana untuk layanan rawat jalan belum ada layanan VVIP atau disebut juga layanan eksekutif.

d. Analisis keberhasilan/kegagalan/kendala/hambatan

Belum tercapainya indikator ini menunjukkan :

- Masih terbatasnya ruang VVIP di ruang perawatan rawat inap dan masih perencanaan dibukanya poliklinik eksekutif untuk pasien rawat jalan .
- Alokasi anggaran untuk Tahun 2023 sesuai RBA sebesar Rp.700.000.000,- untuk renovasi gedung masih terbatas.

- Masih adanya klaim Dispute terhadap klaim Layanan Covid -19 yang mengakibatkan tertundanya penerimaan cash untuk operasional rumah sakit.
- Masih kurangnya informasi tentang adanya layanan VVIP.
- Perencanaan anggaran tahun 2023 menetapkan besaran persentase ambang batas sebesar 10%.
- Masih terbatasnya SDM untuk layanan VVIP.
  - e. Langkah Strategis perbaikan
- Pemenuhan sarana dan prasarana kegiatan pengembangan layanan VVIP.
- Sosialisasi tentang adanya layanan VVIP terkhusus kepada kalangan eksekutif/ menengah ke atas.
- Seluruh stakeholder rumah sakit termotivasi untuk meningkatkan pendapatan melebihi target yang ditetapkan.
- Melakukan perencanaan dan penganggaran yang tepat berbasis kinerja.
- Peningkatan kemampuan/skill tenaga perawat di pelayanan VVIP.
  - f. Rekomendasi
    - Mengoptimalkan kegiatan promosi kesehatan/Tim PKRS.
    - Alokasi Anggaran.
    - Pelatihan/Peningkatan kompetensi bagi staf terkait

**KPI 27. Persentase Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**

a. Definisi Operasional

Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 42**  
**Pengukuran Capaian Peningkatan kunjungan pasien**  
**di pelayanan unggulan VVIP**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
% peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	5 %	1,4 %	Tidak tercapai

Capaian Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 5%, realisasi mencapai 1,4%. Progres capaian realisasi masih dibawah nitai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Ruang perawatan rawat inap VVIP masih sangat sedikit dari total ruang perawatan rawat inap yang ada
- Masyarakat/pasien masih menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kelasnya.
- .Keterbatasan tenaga/SDM yang ada

e. Langkah Strategis perbaikan

- Pemenuhan sarana prasarana pada layanan VVIP
- Peningkatan kompetensi/keahlian SDM diruang pelayanan VVIP
- Penambahan tenaga SDM terkhusus tenaga perawat
- Meningkatkan sosialisasi kepada Masyarakat tentang pelayanan VVIP yang ada

f. Rekomendasi

- Promosi layanan kesehatan oleh Tim PKRS dan seluruh komponen pegawai rumah sakit
- Pelatihan bagi tenaga SDM
- Perekrutan tenaga perawat yang kompeten oleh Direktorat SDM

## KPI 28. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

### a. Definisi Operasional

RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya

### b. Cara Perhitungan

proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.

### c. Hasil Capaian

**Tabel 3.43**

### Pengukuran Capaian Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	1 Layanan	1 Layanan

Capaian Layanan Unggulan bertaraf Internasional pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 1 Layanan, realisasi mencapai 1 Layanan. Progres capaian realisasi sudah mencapai target yang ditetapkan.

### d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Tercapainya target 1 layanan yang bertaraf internasional adalah penggunaan alat di rehabilitasi medik yang merupakan alat canggih dan satu-satunya di kawasan Timur Indonesia.
- Kerjasama dengan Jepang dan Tiongkok terkait layanan unggulan di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar.
- Kurangnya sosialisasi tentang Pengembangan layanan unggulan .
- SDM yang masih terbatas dalam kemampuan Bahasa luar negeri terkhusus Bahasa Inggris.
- Lahan yang masih luas memungkinkan untuk penambahan sarana seperti gedung dan fasilitas penunjang lainnya.

### e. Langkah Strategis perbaikan

- Meningkatkan mutu pelayanan kearah yang berstandar Internasional.
- Kinerja berbasis kendali mutu dan biaya
- Peningkatan kapabilitas SDM
- Digitalisasi layanan yang efektif dan efisien
- Promosi layanan akan diprioritaskan untuk layanan ini dan sudah menjadi Indikator kinerja utama untuk Instalasi pemasaran dan Promosi Kesehatan
  - f. Rekomendasi
- Melakukan follow up untuk kegiatan pelatihan ke bagian SDM.
- Mengadakan pengadaan alat untuk tahun 2024 melalui mekanisme pengadaan prioritas ke KSM pelayanan penunjang.
- Rapat koordinasi dengan bagian/unit yang terkait.

#### **KPI 29. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar**

##### a. Definisi Operasional

Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.

- Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.
- Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
- Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.
- Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit
  - Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

##### b. Cara Perhitungan

Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 44**

**Pengukuran Capaian Fasilitas Parkir Sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
% Capaian Fasilitas parkir sesuai standar	70 %	90 %	Tercapai

Capaian Fasilitas parkir sesuai standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 70%, realisasi mencapai 90% Progres capaian realisasi sudah mencapai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Sudah adanya Satuan Ruang Parkir (SRP) untuk drop off pasien tapi masih tidak teratur
- Lahan yang masih luas sangat memungkinkan untuk penambahan lahan area parkir di rumah sakit
- Belum adanya penggunaan system pembayaran cashlash
- Belum adanya pengaturan zona parkir sesuai kebutuhan

e. Langkah Strategis perbaikan

- Pengaturan Satuan Ruang Parkir (SRP) dengan menempatkan petugas parkir yang lebih banyak pada jam-jam kunjungan pasien .
- Perlunya pengaturan zona parkir berdasarkan kebutuhan seperti untuk pasien rawat jalan.
- Diupayakan untuk tahun 2024 digunakan system pembayaran cashless.
- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi SPA(ASPAK) yang handal untuk kemudahan informasi dan interoperabilitas.
- Penambahan lahan parkir di lahan yang masih banyak tdk dimanfaatkan.

f. Rekomendasi

- Koordinasi antara pihak rumah sakit dengan pengelola parkir

- Pengadaan Pembangunan lahan parkir

**KPI 30. Tingkat Kepuasan pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**

a. Defenisi Operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien dengan mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (KEP/25M.PAN/2/2004)

b. Cara Perhitungan

$$\frac{((\text{Nilai Rata-rata Unsur 1} \times 0,071) + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 2} \times 0,071) + \dots + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 14} \times 0,071)) \times 25}{14}$$

d. Hasil Capaian

**Tabel 3. 45**

**Pengukuran Capaian Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
% Capaian Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	80 %	83,7 %	Tercapai

Capaian Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 83,7%

e. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Melaksanakan percepatan penyelesaian masalah pengaduan dengan melakukan koordinasi dengan unit terkait.
- Evaluasi berkala terhadap kewajaran biaya pelayanan dengan tetap memperhatikan unit cost
- Melakukan upaya perbaikan terhadap unsur yang masih bernilai

kurang memuskan pada jenis layanan tertentu

- Membuat dan menempatkan QR code ke semua unit pelayanan untuk memonitor keluhan dan kepuasan masyarakat
  - f. Langkah Strategis perbaikan
    - Membuat komitmen untuk tetap menjaga mempertahankan hasil
    - Memperbaiki alur pelayanan dan melaksanakan Koordinasi dengan IRJ dan SIRS dalam rangka pelayanan pendaftaran online
    - Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi Kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang handal untuk kemudahan informasi dan interoperabilitas
    - Meningkatkan kerjasama dan keselarasan lintas program di unit-unit di bidang SPA sesuai dengan kebutuhan
    - Penempatan staff Customer Service yang sesuai dan berkompeten dibidangnya
      - g. Rekomendasi
    - Melakukan feedback kepada seluruh unit pelayanan untuk menindaklanjuti Hasil survei kepuasan masyarakat sesuai dengan temuan di lapangan dengan membuat RTL terkait percepatan proses layanan.

**KPI 31. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa pemeriksaan penunjang.**

a. Definisi Operasional

1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.
2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.
3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit.

b. Cara Perhitungan

Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 46**

**Pengukuran Capaian Waktu pelayanan Rawat Jalan  
tanpa pemeriksaan penunjang**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
% Capaian pelayanan Rawat Jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80 %	91,20 %	Tercapai

Capaian waktu pelayanan Rawat Jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 91,20% Progres capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan. Standar waktu pelayanan Rawat Jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

Keberhasilan indikator ini ditunjang oleh :

- pelayanan oleh tenaga medis ( DPJP) dipoliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- Hasil pengukuran Tim Mutu melaporkan data kunjungan rawat jalan mulai pasien check in dirumah sakit sampai dengan meerima obat rata-rata 37 menit.
- Kedatangan pasien check in lebih cepat dari jadwal yang ditentukan.
- Kepatuhan pengisian EMR belum optimal oleh DPJP
- Kapasitas klinik ( jumlah dokter dan ruang periksa)

f. Langkah Strategis perbaikan

- Tetap meningkatkan mutu pelayanan dengan tepat waktu terkhusus kepada dokter DPJP
- Mendorong pemanfaatan ruang klinik yang optimal dan penambahan

tenaga dokter yang bertugas

- Membuat system pencatatan waktu check in pasien yang disesuaikan dengan jadwal pelayanan
- Dikembangkannya Sistem Teknologi berupa aplikasi untuk memantau ketepatan mulai pelayanan di poliklinik hingga menerima obat
- Melakukan inovasi absensi online dengan menggunakan Handphone

**g. Rekomendasi**

- Berkoordinasi dengan Intalasi SIRS untuk aplikasi memulai pelayanan
- Membuat feedback daftar klinik yang terlambat memulai pelayanan
- Berkoordinasi dan sosialisasi dengan KSM untuk meningkatkan kepatuhan -waktu mulai pelayanan dan ketepatan pengisian data EMR.

**KPI 32. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik**

a. Definisi Operasional

- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan
- Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik
- Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.

c .Cara Perhitungan

Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi dengan jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100%

d. Hasil Capaian

**Tabel 3. 47**

**Pengukuran Capaian Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
% Capaian ketepatan waktu			

pelayanan di poliklinik	80%	93,75 %	Tercapai
-------------------------	-----	---------	----------

Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 93,75% Progres capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan.

**e. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan**

Keberhasilan indikator ini ditunjang oleh :

- Kedisiplinan jam pelayanan oleh tenaga medis ( DPJP) dipoliklinik yang tepat waktu.
- Hasil pengukuran Tim Mutu/PMKP melaporkan data kunjungan rawat jalan mulai pasien check in dirumah sakit sampai dengan menerima obat rata-rata 37 menit.
- Penetapan jadwal pelayanan dokter DPJP yang akan bertugas di Poliklinik dan pasien mempunyai akses untuk memilih dokter DPJP yang diinginkan sesuai dengan jadwal pelayanan poliklinik.
- Tersedianya layanan reservasi online untuk pasien mendaftar pelayanan dipoliklinik sehari sebelumnya.
- Ada beberapa DPJP yang terlambat datang pelayanan di poliklinik sehingga menyebabkan pasien bertumpuk menunggu untuk mendapatkan pelayanan.

**f. Langkah Strategis perbaikan**

- Membuat sasaran mutu ketepatan kedatangan dokter pada jam praktik dengan target 90% tiap bulan dengan toleransi 25 menit.
- Melakukan sosialisasi kepada seluruh dokter yang melakukan praktik diPoliklinik berupa surat edaran, sehingga saat sasaran mutu diberlakukan seluruh dokter sudah mengetahui tentang adanyasasaran mutu tersebut.
- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi pendaftaran Online untuk semua layanan dipoliklinik
- Evaluasi dan tindak lanjut yang dilakukan oleh perawat penanggung jawab klinik.
- Pada Tahun 2024 akan dilakukan absensi online yang dimulai dilakukan pada Bulan Januari 2024 terhadap dokter DPJP dan seluruh

pegawai

- Penanggung Jawab membuat laporan setiap bulan berupa rekapitulasi kehadiran dokter sesuai jam praktik kepada Direktur Utama, agar dapat ditindaklanjuti dengan memberikan reward / penghargaan bagi dokter yang tepat waktu dan punishment dalam bentuk teguran bagi dokter yang datang terlambat

**g. Rekomendasi**

- Tim IT melakukan sosialisasi pendaftaran online bagi pasien dan absensi online bagi dokter DPJP.
- Koordinasi lintas unit program Tim/Komite PMKP, Komite Medik, Direktorat SDM
- Pemberian reward dan punishment

**KPI 33. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU**

**a. Definisi Operasional**

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal

- 1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari
- 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit
- 3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari
- 4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam
- KIA: 1.
- 5) Kemampuan Menangani BLSR 1000 gram - < 1500 gram
- 6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit

**b. Cara Perhitungan**

- 1) >80%
  - 2) >80%
  - 3) >80%
  - 4) >80%
  - 5) >80%
  - 6) <30%
- (Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal)

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 48**

**Pengukuran capaian Indikator klinis layanan prioritas KJSU**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Capaian indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator	3 Indikator	Tercapai

Capaian Indikator klinis layanan prioritas KJSU pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 1 Indikator, realisasi mencapai 3 Indikator. Progres capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan.

**d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan**

- Keberhasilan tercapainya indikator ini berdasarkan data kegiatan layanan prioritas KJSU di polik rawat jalan, rawat inap, IGD, HD.
- pelaporan indikator KPI Inisiatif Transformasi RSV 5 “Indikator Klinis” .
- Peningkatan kualitas mutu layanan prioritas KJSU di pelayanan rawat jalan untuk Unit Hemodialisis, pelayanan rawat inap untuk kasus Kanker, Stroke, KIA, pelayanan IGD untuk kasus Jantung ( pasien STEMI) sesuai dengan indikator klinis yang ditetapkan.
- Kegiatan pengampuan Layanan prioritas KJSU yang masih rendah.
- Kurangnya koordinasi lintas sektor/unit layanan prioritas KJSU.
- Peningkatan sarana layanan prioritas KJSU, dengan pengadaan alat kesehatan untuk layanan indikator klinis KJSU.

**e. Langkah Strategis perbaikan**

- Peningkatan layanan prioritas KJSU dengan move kinerja layanan.
- Peningkatan kapabilitas SDM dibidang layanan indikator klinis prioritas KJSU.
- Peningkatan sarana dan prasarana layanan prioritas KJSU rumah sakit.
- Sosialisasi tentang pentingnya dilaksanakan layanan prioritas KJSU yang sesuai standar dan target yang ditetapkan.
- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi kegiatan layanan indikator klinis prioritas KJSU.

- Sosialisasi ke fasyankes dasar/ tingkat 1 untuk merujuk pasien yang terindikasi indikator klinis KJSU.
  - f. Rekomendasi
- Pelatihan tenaga SDM yang berkompeten untuk layanan indikator klinis KJSU
- Unit PKRS melakukan sosialisasi promosi kesehatan
- Alokasi anggaran

**KPI 34. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing – masing Indikator**

a. Definisi Operasional

Jumlahh pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan

b. Cara Perhitungan

Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, desember

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 49**

**Pengukuran capaian Laporan Bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing – masing Indikator**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Capaian laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing – masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	Tercapai

Capaian Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing – masing indikator pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 12 Laporan, realisasi mencapai 12 Laporan Progress

capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan.

Gambar 3. : Indikator Nasional Mutu Tahun 2023

INDIKATOR NASIONAL MUTU 2023															
NO	JUDUL INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	NOV	DES	TARGET	2023%
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	87,17%	88,06%	90,22%	90,23%	89,53%	89,38%	86,95%	87,47%	88,43%	86,55%	87,43%	88,44%	≥ 85 %	88,32%
2	Kepatuhan Penggunaan APD	94%	93%	96%	96%	96%	97%	95%	97%	96%	96%	95%	96%	100%	95,58%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
4	Waktu Tanggap Pelayanan SC Emergensi	0%	0%	0%	#DIV/0!	0%	0%	#DIV/0!	0%	#DIV/0!	0%	#DIV/0!	#DIV/0!	≥ 80 %	#DIV/0!
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	92,02%	91,31%	89,58%	89,62%	93,72%	94,30%	94,02%	97,24%	96,19%	97,11%	94,56%	95,36%	≥ 80 %	93,75%
6	Penundaan Operasi Elektif	3,94%	2,04%	3,39%	2,92%	2,94%	4,50%	3,84%	3,23%	4,70%	4,96%	2,00%	2,49%	≤ 5 %	3,41%
7	Kepatuhan waktu visite DPJP	85%	89%	91%	88%	83%	89%	87%	86%	91%	90%	87%	86%	≥ 80 %	87,75%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	99%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,78%
9	Kepatuhan penggunaan forms	97,18%	96,66%	96,05%	96,59%	95,73%	95,52%	97,19%	96,79%	96,82%	97,58%	97,60%	97,13%	≥ 80 %	96,74%
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	86%	94%	95%	93%	95%	≥ 80 %	96,96%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
12	Kecepatan waktu tanggap complain	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	≥ 80 %	100,00%
13	Kepuasan pasien dan keluarga						84,42%						83,70%	> 76,6%	84,06%

**d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan**

- Keberhasilan capaian indikator ini dikarenakan terpenuhinya 12 laporan indikator kegiatan mutu dari laporan bulanan dengan target tercapai pada masing-masing indikator.
- Komite /Tim Mutu yang rutin melakukan pelaporan setiap bulannya.

**f. Langkah Strategis perbaikan**

- Peningkatan kapabilitas SDM dibidang pelaporan INM.
- Sosialisasi Pengembangan Sistem Teknologi Informasi Mutu layanan yang handal bekerjasama dengan Tim IT.
- Meningkatkan kerjasama dan keselarasan lintas program di unit-unit di bidang mutu layanan sesuai dengan kebutuhan.

**g. Rekomendasi**

- Pendampingan oleh Tim Mutu (PMKP).
- Pelatihan bagi tim Tim Mutu (PMKP).
- Rapat koordinasi dengan bagian/unit yang terkait.

**KPI 35. Laporan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol**

**a. Definisi Operasional**

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil

b. Cara Perhitungan

Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan Januari, Februari, Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, desember

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 50**

**Capaian Laporan Bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Capaian laporan bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan	Tercapai

Capaian Laporan bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 12 Laporan, realisasi mencapai 12 Laporan Progres capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Keberhasilan capaian indikator ini dikarenakan terpenuhinya 12 laporan indikator kegiatan mutu dari laporan bulanan dengan target tercapai pada masing-masing indikator
- Komite /Tim Mutu
- Komite /Tim Mutu yang rutin melakukan pelaporan setiap bulannya
- Kurangnya sosialisasi tentang Pengembangan Sistem Teknologi Informasi SPA (ASPAK) ke unit-unit /user.
- Kurangnya koordinasi lintas sektor/unit di bidang SPA
- Keaktifan dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala

e. Langkah Strategis perbaikan

- Monev pemenuhan SPA sesuai dengan ratio kebutuhan yang sesuai standar.
- Peningkatan kapabilitas SDM dibidang SPA rumah sakit.
- Sosialisasi Pengembangan Sistem Teknologi Informasi SPA (ASPAK)

yang handal bekerjasama dengan Tim IT.

- Dikembangkannya Sistem Teknologi Informasi SPA(ASPAK) yang handal untuk kemudahan informasi dan interoperabilitas.
- Meningkatkan kerjasama dan keselarasan lintas program di unit-unit di bidang SPA sesuai dengan kebutuhan.
  - f. Rekomendasi
- Pendampingan oleh Tim bagian ASPAK.
- Pelatihan bagi tim bagian ASPAK/BMN, IPSRS.
- Rapat koordinasi dengan bagian/unit yang terkait.

### KPI 36. Kepatuhan kebersihan tangan

#### a. Defenisi Operasional

. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcoholbasedhandrubs*) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.

2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.

3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.

4. Lima indikasi (*five moment*) kebersihan tangan terdiri dari:

a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.

b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.

c. Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, *suctioning*, pemberian suntikan dan lain-lain.

d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.

e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.

5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.-

7. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.

8. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan.
9. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
10. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

b. Cara Perhitungan

Jumlah tindakan kebersihan tangan yang Dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi x 100 %

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 51**

**Pengukuran capaian Kepatuhan kebersihan tangan**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Capaian kepatuhan kebersihan tangan	90%	88,44%	Tidak Tercapai

Capaian Kepatuhan kebersihan tangan pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 90%, realisasi mencapai 88,44% . Capaian realisasi belum mencapai dari nilai target yang ditetapkan, tetapi nilai 88,4% sudah mencapai /sesuai standar standar  $\geq 85\%$ .

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Kesadaran dan kepedulian petugas untuk melakukan kebersihan tangan dengan baik dan benar sudah baik (mencapai nilai standar) meskipun rendah dari target yang ditetapkan.
- Masih ada beberapa petugas (11,56%) yang belum melakukan kebersihan tangan sebelum kontak dengan pasien.
- Masih kurangnya kepedulian petugas, terkadang petugas masih

menggunakan sarung tangan, berpindah ruangan, tanpa melakukan kebersihan tangan lalu kontak dengan pasien.

**e. Langkah Strategis perbaikan**

- Melakukan edukasi dan monev yang terus menerus.
- Program pelatihan PPI terkait di dalamnya 5 momen cuci tangan serta tetap di lanjutkan,
- Perbaikan fasilitas, usulan pengadaan sarana dan prasarana penunjang.
- Program pelatihan PPI terkait di dalamnya kebersihan tangan tetap dilanjutkan dan ditingkatkan.

**f Rekomendasi**

- Pendampingan oleh PPI kepada petugas.
- PPK,PP,Perencanaan untuk menindaklanjuti ketersediaan sarana dan prasarana penunjang.

**KPI 37. Kepatuhan Penggunaan APD**

**a. Definisi Operasional**

1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.
2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).
3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi.
4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, dan petugas -26-laboratorium.
5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.

6. Periode observasi adalah waktu yang digunakan untuk melakukan pengamatan.

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah Seluruh Petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$$

c.. Hasil Capaian

**Tabel 3. 52**

**Capaian Hasil Pengukuran Kepatuhan Penggunaan APD sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
% Kepatuhan Penggunaan APD	100 %	965,58%	Tidak tercapai

Capaian Kepatuhan Penggunaan ADP sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 95,58%. Progres capaian realisasi masih dibawah nitai target yang ditetapkan.

- d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan
- Kesadaran dan kepedulian petugas untuk menggunakan APD dengan baik dan benar masih kurang, seperti :
    - Masih ada petugas yang menggunakan APD bukan pada tempatnya, bukan pada saat ke pasien.
    - Dan masih ada yang menggunakan sarung tangan pada saat menulis
- e. Langkah Strategis perbaikan
- Tetap melakukan edukasi dan monev yang terus menerus
  - Program pelatihan PPI terkait di dalamnya Penggunaan APD.

- ditingkatkan kegiatan edukasi, monev dan perbaikan lainnya.
- f. Rekomendasi
  - Pendampingan oleh Tim PPI ke petugas
  - Tetap melakukan edukasi dan monev yang terus menerus

### **KPI 38. Kepatuhan Identifikasi Pasien**

#### a. Definisi Operasional

1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Klinik.
3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :
  - a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena.
  - b. Prosedur tindakan: pencabutan gigi, imunisasi, pemasangan alat kontrasepsi, persalinan, dan tindakan kegawatdaruratan.
  - c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel.

#### b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 53**

**Capaian Hasil Pengukuran Kepatuhan Identifikasi Pasien sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
% Kepatuhan Identifikasi Pasien	100 %	100 %	tercapai

Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 100%. Progres capaian realisasi telah tercapai sesuai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Indikator ini sudah mencapai target, hal ini didukung dengan kepatuhan petugas dalam melakukan identifikasi sebelum melakukan pelayanan kepada pasien sudah sangat baik

e. Langkah Strategis perbaikan

- Dipertahankan, karena proses identifikasi pasien dengan sebelum memberikan pelayanan/tindakan ke pasien adalah salah satu upaya dalam menjamin keselamatan pasien selama perawatan.

**KPI 39. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi**

a. Defenisi Operasional

1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu  $\leq 30$  menit.
2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.
3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi

kelangsungan hidup ibu atau janin.

4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea} \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 54**

**Capaian Hasil Pengukuran Waktu Tanggap Operasi Seksio Secarea Emergensi sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Waktu Tanggap Operasi Seksio sesarea emergensi	80%	90 %	tercapai

Capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio sesarea emergensi sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 90% Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Waktu tunggu kamar operasi ( antri )
- Pemeriksaan Laboratorium dan hasil masih lama
- Rekam Medis Pasien
- Persiapan pasien di VK/IGD
- Belum optimalnya pemenuhan SPA sesuai standar
- Gedung kamar operasi PONEK belum tersedia
- Petugas Kamar Operasi tidak selalu siap ditempat
- Waktu tunggu di unit terkait masih lama

- Waktu tunggu anestesi dan tim kamar operasi cukup lama
- Waktu tunggu DPJP masih lama karena belum ada yang onsite
  - e. Langkah Strategis perbaikan
- Percepatan pemeriksaan Laboratorium dan hasilnya
- Petugas Kamar operasi selalu siap ditempat
- Rekam Medis antrian dan proses dipercepat
- Tersedia kamar operasi Khusus untuk pasien VK
- Pengadaan Gedung PONEK ( Jarak antara Kamar Operasi PONEK dan Kamar bersalin dekat).
- SDM yang terlibat semua siap selalu ditempat
- Petugas Kamar Operasi cepat tanggap untuk kasus cito SC dan Respon cepat di unit terkait untuk kasus cito SC
- Skrining kondisi ibu dan proaktif melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis terkait dan SDM yang terlibat semua Onsite
- Tim OK cepat tanggap untuk kasus cito SC
- Proaktif mengingatkan DPJP terkait kasus cito SC dan waktu tanggap yang dibutuhkan.

#### **KPI 40. Waktu Tunggu Rawat Jalan**

##### **a. Definisi Operasional**

1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.
2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.
  - a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.
  - b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan

dokter/ dokter spesialis.

- c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis..

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu } \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah Pasien Rawat Jalan yang di observasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 55**

**Capaian Hasil Pengukuran Waktu Tunggu Rawat Jalan sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Waktu Tunggu Rawat Jalan	80%	93.75%	Sudah tercapai

Capaian Waktu Tunggu Rawat Jalan sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 93.75%. Progres capaian realisasi sudah tercapai sesuai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Ketepatan Mulai Pelayanan: data Tahun 2023: 93,75% sudah mencapai target hanya ada beberapa poliklinik yang terlambat memulainya pelayanan (6,25%)
- Kepatuhan pengisian EMR belum optimal
- Kapasitas klinik (jumlah dokter dan ruang periksa)
- Kedatangan pasien (check-in) lebih cepat dari jadwal yg ditentukan
- Jaringan/koneksi sehingga pelayanan pasien mengalami

keterlambatan

- e. Langkah Strategis perbaikan
- Dipertahankan dan ditingkatkan capaian untuk waktu tunggu rawat jalan
  - Membuat aplikasi SIGN DOKTER untuk memantau ketepatan mulai pelayanan klinik,
  - Mendorong pengisian EMR yang lengkap dan tepat waktu
  - Mendorong pemanfaatan ruang poliklinik secara optimal
  - Membuat system pencatatan waktu check-in pasien yang disesuaikan dengan jadwal
- f. Rekomendasi
- Berkordinasi dengan Intalasi SIRS
  - Berkoordinasi dan sosialisasi dengan KSM untuk meningkatkan kepatuhan waktu mulai pelayanan dan ketepatan pengisian data EMR
  - Membuat jadwal yang lebih efektif terkait kedatangan dan pemeriksaan pasien

#### **KPI 41. Penundaan Operasi Elektif**

a. Definisi Operasional

1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.
2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 56**

**Capaian Hasil Pengukuran Penundaan Operasi Elektif sesuai Standar**

<b>Indikator Kinerja</b>	<b>Tahun 2023</b>
--------------------------	-------------------

	Target	Realisasi	Keterangan
Penundaan Operasi Elektif	5%	3.10%	Belum tercapai

Capaian Penundaan Operasi Elektif sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 5%, realisasi mencapai 3.1 % Progres capaian realisasi belum tercapai sesuai target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Sudah mencapai target, namun memang masih ada beberapa penundaan operasi elektif. Hal ini karena beberapa operasi durasinya yang memanjang, sementara alat dan ruang operasi terbatas
- Sudah terjadi penurunan persentase penundaan operasi elektif. Hal ini didukung dengan kepatuhan penjadwalan dan pelaksanaan operasi oleh DPJP.
- Ditunda karena adanya alasan dari pasien ( keadaan umum pasien ) yang tidak memungkinkan untuk dilaksanakan operasi

e. Langkah Strategis perbaikan

- Perlu pengaturan jadwal operasi yang lebih baik lagi sehingga angka penundaan bisa diminimalkan dan penambahan set alat operasi yang kurang.
- tetap diupayakan untuk mengurangi penundaan operasi elektif.
- Melakukan pemantauan indikator ini di IBS secara berkesinambungan

**KPI 42. Kepatuhan Waktu Visite Dokter**

a. Definisi Operasional

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya

c. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah Pasien yang di visite pada pukul 06.00 – 14.00}}{\text{Jumlah pasien Yang di observasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 57**

**Capaian Hasil Pengukuran Kepatuhan Waktu Visite Dokter sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Kepatuhan Waktu Visite Dokter	60%	86 %	tercapai

Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 60 %, realisasi mencapai 86% Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Sudah mencapai target dan Penghitungan visite sudah dilakukan dengan SIMRS, selama ini sudah cukup baik, namun selama januari terjadi kendala waktu visite yang terinput di sistem sudah tidak sesuai dengan waktu visite dokter yang sebenarnya.
- Sudah mencapai target, didukung dengan kepatuhan melakukan visite oleh DPJP. hal ini tentu saja memberi dampak yang baik dari perawatan pasien
  - d. Langkah Strategis perbaikan
- Ditingkatkan lagi dan diupayakan pembenahan jaringan SIMRS agar waktu visite yang terinput ke sistem sesuai dengan waktu visite dokter.
- Dipertahankan dan ditingkatkan capaian untuk kepatuhan visite dokter.

**KPI 43. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium**

- a. Definisi Operasional

1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan  $\leq 30$  menit.

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang di observasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3.58**  
**Capaian Hasil Pengukuran Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%	tercapai

Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100 %, realisasi mencapai 100 % Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

Sudah mencapai target selama,, hal ini didukung kepatuhan petugas dalam melakukan monitoring untuk penanda alarm kritis sehingga ketika ada hasil kritis dapat segera dilaporkan

e. Langkah Strategis perbaikan

- Dipertahankan mengingat pentingnya pelaporan hasil kritis laboratorium dalam proses perawatan pasien
- Komitmen dari petugas pelaporan hasil kritis penting untuk segera dilakukan untuk pencegaham terjadinya perburukan pada pasien
- Mengoptimalkan penggunaan alarm nilai kritis pada LIS

**KPI 44. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

a. Definisi Operasional

1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan

b. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah } \frac{R}{\text{recipe}} \text{ dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah R/recipe dalam lembar yang diobservasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 59**

**Capaian Hasil Pengukuran Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	90 %	97.26%	tercapai

Capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 90 %, realisasi mencapai 97.26 % Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

Target sudah tercapai karena pemenuhan kebutuhan pelayanan obat sesuai FORNAS

e. Langkah Strategis perbaikan

- Ditingkatkan dan senantiasa diupayakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan obat sesuai fornas.

#### **KPI.45 Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)**

a. Defenisi Operasional

1. Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.
2. Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang -58- diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit.

b.. Cara Perhitungan

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 60**

#### **Pengukuran Capaian Pemenuhan SPA UPT Vertikal sesuai Standar**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan

Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway)	85 %	96.82%	Tercapai
---	------	--------	----------

Capaian Kepatuhan Terhadap Alur klinis (Clinical Pathway) sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 85 %, realisasi mencapai 96.82 % Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

d. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Sudah mencapai target namun hasilnya menurun dari bulan sebelumnya karena proses penilaian sudah mulai dilakukan by sistem sehingga hasil yang diperoleh lebih akurat dibanding sebelumnya karena masih sangat.
- Pelaksanaan pelayanan sudah sesuai dengan CP yang berlaku yang perlu terus ditingkatkan.
- Komitmen dari petugas pelayanan.

f. Langkah Strategis perbaikan

- Senantiasa melakukan monitoring dan evaluasi dan mengingatkan PPA agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan CP

**KPI 46. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**

a. Definisi Operasional

1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:
  - a. Asesment awal risiko jatuh
  - b. Assesment ulang risiko jatuh
  - c. Intervensi pencegahan risiko jatuh
2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien
  - a. jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya
  - b. pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh

b. Cara Perhitungan

Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh dibagi Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 61**

**Pengukuran Capaian Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		Keterangan
	Target	Realisasi	
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %	100 %	Tercapai

Capaian Pengukuran Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 100%, capaian realisasi mencapai nilai target yang ditetapkan.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Sudah mencapai target. Asesemen telah dilakukan dengan baik oleh petugas
- Telah mencapai target untuk melakukan upaya pencegahan risiko pasien jatuh terutama untuk lansia dan anak-anak

e. Langkah Strategis Perbaikan

Dipertahankan capaiannya dan senantiasa melakukan asesmen risiko jatuh pada pasien utamanya bagi pasien dengan risiko tinggi seperti anak-anak dan lansia Masih kurangnya SDM yang berkompeten dibidang SPA

## KPI 47. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

### a. Definisi Operasional

1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan *grading* risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.
2. *Grading* risiko dan standar waktu tanggap komplain:
  - a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
  - b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.
  - c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

### b. Cara Perhitungan

Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan *grading* dibagi Jumlah komplain yang disurvei

### c. Hasil Capaian

**Tabel 5.62**

#### Pengukuran Capaian Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	80 %	100 %	Tercapai

Capaian pengukuran kecepatan waktu tanggap komplain UPT Vertikal sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi

mencapai 100%, capaian realisasi melampaui nilai target yang ditetapkan..

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Semua komplain yang masuk baik melalui datang langsung, lewat media sosial, dan scan barcode ditanggapi dan ditindaklanjuti segera ke unit terkait

e. Langkah Strategis Perbaikan

- Tetap pertahankan dan tingkatkan kualitas pelayanan serta koordinasi dengan unit lain agar waktu tanggap terhadap komplain yang masuk lebih cepat
- Koordinasi dengan unit terkait, mengevaluasi untuk peningkatan layanan yang lebih optimal
- Koordinasi dengan tim IT, CS dan unit terkait untuk peningkatan pelayanan

**KPI 48. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital**

a. Definisi Operasional

Persentase fasyankes yang meliputi laboratorium Kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveillans berbasis digital.

b. Cara Perhitungan

Jumlah labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang terintegrasi system surveillans dibagi jumlah seluruh labkesmas, puskesmas, klinik dan rumah sakit dikali 100

c. Hasil Capaian

**Tabel 5. 63**  
**Pengukuran Capaian Terselenggaranya Integrasi**  
**Sistem Informasi Surveillans Berbasis Digital**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
Terselenggaranya integrasi	Target	Realisasi	Keterangan

sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem	Tercapai
---	----------	----------	----------

Terselenggaranya integrasi system informasi surveilans sudah dilaksanakan perencanaan dan desain system surveilans yang terintegrasikan di RME. Kegiatan yang dilakukan berupa pembuatan desain system dan spesifikasi fitur antara lain:

- Data Surveilans yang terintegrasikan satu sehat
- Pelaporan TB yang terintegrasikan satu sehat, Dinkes

Capaian Pengukuran terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 1 Sistem, realisasi mencapai 1 sistem, capaian realisasi mencapai nilai target yang ditetapkan.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Digitalisasi informasi surveilans diperlukan sebagai tanggap darurat terhadap peningkatan kasus/ penyakit dan perlunya komitmen bersama.
- Masih kurangnya tenaga SDM.

e. Langkah Strategis Perbaikan

- Masih kurangnya SDM yang berkompeten
- Kurangnya sosialisasi tentang Pengembangan Sistem Teknologi Informasi Surveilans berbasis digital

f. Rekomendasi

Pemanfaatan system informasi surveilans berbasis digital dioptimalkan.

**KPI 49. Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang Atau Sama Dengan 30 Menit**

a. Definisi Operasional

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.  
 SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forseps, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.  
 Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

b.. Cara Perhitungan

Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100  
 Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2

c. Hasil Capaian

**Tabel 5. 64**

**Pengukuran Capaian Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea  
 Dalam Waktu Kurang atau Sama Dengan 30 Menit**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Waktu tanggap operasi sectio cesarea dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	80 %	90 %	Tercapai

Capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio sesarea emergensi sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 80%, realisasi mencapai 90% Progres capaian realisasi telah tercapai melebihi target yang ditetapkan.

e. Analisis keberhasilan / kegagalan /kendala/hambatan

- Waktu tunggu kamar operasi ( antri )
- Pemeriksaan Laboratorium dan hasil masih lama
- Rekam Medis Pasien
- Persiapan pasien di VK/IGD
- Belum optimalnya pemenuhan SPA sesuai standar
- Gedung kamar operasi PONEK belum tersedia
- Petugas Kamar Operasi tidak selalu siap ditempat
- Waktu tunggu di unit terkait masih lama
- Waktu tunggu anestesi dan tim kamar operasi cukup lama
- Waktu tunggu DPJP masih lama karena belum ada yang onsite

f. Langkah Strategis perbaikan

- Percepatan pemeriksaan Laboratorium dan hasilnya

- Petugas Kamar operasi selalu siap ditempat
- Rekam Medis antrian dan proses dipercepat
- Tersedia kamar operasi Khusus untuk pasien VK
- Pengadaan Gedung PONEK ( Jarak antara Kamar Operasi PONEK dan Kamar bersalin dekat).
- SDM yang terlibat semua siap selalu ditempat
- Petugas Kamar Operasi cepat tanggap untuk kasus cito SC dan Respon cepat di unit terkait untuk kasus cito SC
- Skrining kondisi ibu dan proaktif melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis terkait dan SDM yang terlibat semua Onsite
- Tim OK cepat tanggap untuk kasus cito SC
- Proaktif mengingatkan DPJP terkait kasus cito SC dan waktu tanggap yang dibutuhkan

**KPI 50. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.**

a. Definisi Operasional

Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

b. Cara Perhitungan

Perhitungan persentase jumlah rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi dibagi jumlah seluruh rumah sakit Vertikal

c. Hasil Capaian

**Tabel 5. 65**

**Pengukuran Capaian Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang**

(lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, Lay. penunjang (lab, radiologi, rehab medik) farmasi	100 %	87 %	Tercapai

Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi UPT Vertikal sesuai Standar pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 100%, realisasi mencapai 87%, Progres capaian realisasi masih dibawah nilai target yang ditetapkan

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Beberapa user menyatakan aplikasi RME kurang user friendly
- Beberapa dokter menyatakan belum tersosialisasi penggunaan EMR,
- Kurang disiplinnya DPJP dalam pengisian RME terkhusus resume medis

e. Langkah Strategis Perbaikan

- Upaya tindak lanjut mengenai perbaikan aplikasi RME dengan memperbaiki dan menambah menu di aplikasi dengan melihat riwayat yang lebih mudah
- Berkoordinasi dengan Intalasi SIRS terkait network yang tidak stabil dan mengevaluasi vendor penyedia layanan internet
- Melakukan pendekatan sosialisasi langsung tentang cara pengisian rekam medis
- Terus monitoring persentase penggunaan EMR setiap hari.

e. Rekomendasi

- Perbaikan menu RME
- Sosialisasi secara efektif penggunaan RME
- Pendampingan tim SIRS dan Rekam Medik untuk penggunaan RME

**KPI 51. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.**

a. Definisi Operasional

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

b. Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindak lanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 66**

**Pengukuran Capaian Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian
Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	93 %	100 %	107,52%

Capaian Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 93%, realisasi mencapai 100%.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Pengelolaan dan penatausahaan pendapatan Hasil Kerja sama pada sembilan Satker Dirjen Pelayanan Kesehatan tidak tertib.
- Pengendalian atas Belanja Barang pada Lima Satker Belum Memadai.

- Hasil pengadaan Belanja Modal pada 17 Satker sebesar Rp572,949,742,020,- belum dimanfaatkan.
  - e. Langkah Strategis Perbaikan
- Pengelolaan dan penatausahaan pendapatan Hasil Kerja sama pada sembilan Satker Dirjen Pelayanan Kesehatan lebih ditertibkan lagi.
- Telah melaksanakan perintah TLHP BPK dan memerintahkan PPK untuk lebih optimal dalam mengawasi dan mengendalikan pengadaan BMHP konsinyasi pada RSUP. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan menyusun prosedur pengadaan barang konsinyasi.
- Lebih cermat dalam merencanakan, mengawasi serta mengendalikan kegiatan disatuan kerja.
  - f. Rekomendasi
- BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintahkan Dirjen Yankes supaya menginstruksikan Direktur Utama RSTC untuk lebih optimal dalam melaksanakan fungsi pengawasan dan pengendalian atas pengelolaan PNBK dari hasil kerja sama.
- BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintah Dirjen Yankes untuk memerintahkan Koordinator Akuntansi dan BMN masing – masing RSUP agar lebih cermat melakukan penata usahaan atas pelaksanaan PKS.
- BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintahkan Direktur Utama RSTC membuat perjanjian dengan Vendor terkait BMHP konsinyasi.

#### **KPI 52. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

##### a. Definisi Operasional

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

##### b. Cara Perhitungan

Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap +  
Pendapatan layanan lainnya

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 67**

**Pengukuran Capaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95 %	103,95 %	109,42%

Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 95%, dan tercapai melebihi target 103,95%, sehingga pencapaiannya 109,42%.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

- Capaian pendapatan yang melebihi target yang ditetapkan kontribusi terbesarnya dari pendapatan jasa layanan kesehatan yang Sebagian besar berasal dari debitur BPJS Kesehatan.
- Pendapatan jasa layanan berupa layanan eksekutif saat ini capaiannya sangat rendah.

Langkah Strategis Perbaikan

- Optimalisasi Layanan Eksekutif, sesuai dengan arahan Pak Menkes agar setiap RS meningkatkan pendapatan dari layanan eksekutif.
- Peningkatan layanan BLU lainnya, seperti pengelolaan parkir

f. Rekomendasi

- Optimalisasi Layanan eksekutif
- Optimalisasi pemanfaatan aset

**KPI 53. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

a. Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni

b. Cara Perhitungan

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100 %

c. Hasil Capaian

**Tabel 3.68**

**Pengukuran Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian
Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	97 %	97 %	100%

Capaian persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 97%, dan realisasi mencapai 97%, Progres capaian realisasi sudah mencapai nilai target yang ditetapkan.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

Realisasi belanja RM tercapai sesuai target yang ditetapkan atas upaya penyerapan anggaran semua unit yang terkait.

e. Langkah Strategis Perbaikan

Tetap melakukan Monev

**KPI.54. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**

a. Definisi Operasional

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU

b. Cara Perhitungan

Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100 %

e. Hasil Capaian

**Tabel 3.68**

**Pengukuran Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95 %	95 %	100%

Realisasi belanja bersumber rupiah BLU tercapai sesuai target yang ditetapkan atas upaya penyerapan anggaran semua unit yang terkait

- s. Upaya tindaklanjut
- Tetap melakukan monev

**KPI 55. Persentase Nilai EBITDA Margin**

a. Definisi Operasional

EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi.

EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.

b. Cara Perhitungan

$$\text{EBITDA margin} = (\text{EBITDA dibagi Pendapatan}) \times 100\%$$

c. Hasil Capaian

**Tabel 3. 70**

**Pengukuran Persentase Nilai EBITDA Margin**

Indikator Kinerja	Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Keterangan
Persentase Nilai EBITDA Margin	10 %	(-24) %	Tidak Tercapai

Capaian Persentase Nilai EBITDA Margin pada tahun 2023 ditargetkan sebesar 10%, realisasi mencapai (-24)%, realisasi tidak mencapai nilai target yang ditetapkan.

d. Analisis Keberhasilan /Kegagalan/Hambatan

Nilai EBITDA Marjin (-24)% dari target 10% masih sangat jauh dari yang ditargetkan.

e. Langkah Strategis Perbaikan

Meskipun nilai EBITDA Margin masih belum mencapai target namun langkah – langkah efisiensi dalam pelayanan tetap diupayakan.

## A. SUMBER DAYA

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan untuk mencapai tujuan dan sasaran didukung dengan sumber daya yaitu : Sumber Daya Manusia, Sumber Daya Keuangandan Sumber Daya Sarana dan Prasarana

### 1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia merupakan sumber daya yang memerlukan perhatian khusus karena saat ini setiap pegawai dinilai dengan sasaran kinerja pegawai (SKP), dimana setiap pegawai harus memiliki kemampuan kerja sesuai dengan tupoksinya masing-masing melalui pendidikan ataupun pelatihan yang secara rutin harus diikuti oleh setiap pegawai. Hal tersebut juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan di RSUP. Dr..Tadjuddin Chalid Makassar

**Tabel 3.71**  
**Distribusi Sumber Daya Manusia Tahun 2023**

NO	JENIS TENAGA	JUMLAH	PNS	PPPK	NON PNS		%
					HONOR	MoU	
1	Administrator Kesehatan	32	21	9	2	0	3,5
2	Analisis Anggaran	1	1	0	0	0	0,1
3	Analisis Data dan Informasi	7	7	0	0	0	0,8

4	Analisis Hukum	1	1	0	0	0	0,1
5	Analisis Kepegawaian	13	13	0	0	0	1,4
6	Analisis Keuangan	2	2	0	0	0	0,2
7	Analisis Pengelolaan Keuangan APBN	9	9	0	0	0	1,0
8	Apoteker	15	11	1	3	0	1,6
9	Arsiparis	13	13	0	0	0	1,4
10	Asisten Apoteker	26	16	4	6	0	2,8
11	Asisten Penata Anestesi	2	2	0	0	0	0,2
12	Auditor	4	4	0	0	0	0,4
13	Bidan	26	16	1	9	0	2,8
14	DIRUT	1	1	0	0	0	0,1
15	Dokter Umum	49	36	0	3	10	5,3
16	Dokter Gigi	5	5	0	0	0	0,5
17	Dokter Gigi Spesialis	3	3	0	0	0	0,3

18	Dokter Spesialis	66	45	0	1	20	7,2
19	Epidemiolog	13	6	2	5	0	1,4
20	Fisikawan Medis	1	1	0	0	0	0,1
21	Fisioterapis	26	21	2	3	0	2,8
22	Inspektur Sarana dan Prasarana Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1	1	0	0	0	0,1
23	Nutrisionis	37	34	0	3	0	4,0
24	Okupasi Terapis	2	2	0	0	0	0,2
25	Ortotik Prostetis	2	2	0	0	0	0,2
26	Pembimbing Kesehatan Kerja	1	1	0	0	0	0,1
27	Pemelihara Sarana Dan Prasarana	1	1	0	0	0	0,1
28	Pengadministrasi Keuangan	9	1	0	8	0	1,0
29	Pengadministrasi Umum	33	2	0	31	0	3,6
30	Pengelola BMN	2	2	0	0	0	0,2
31	Pengelola Data	1	1	0	0	0	0,1
32	Pengemudi	2	2	0	0	0	0,2
33	Penyuluh Kesehatan	11	10	0	1	0	1,2
34	Perancang Peraturan Perundang-undangan / Analisis Hukum (JP)	1	1	0	0	0	0,1
35	Perawat	296	170	20	106	0	32,2
36	Perawat Anastesi	2		0	2	0	0,2
37	Perekam Medis	16	13	0	3	0	1,7

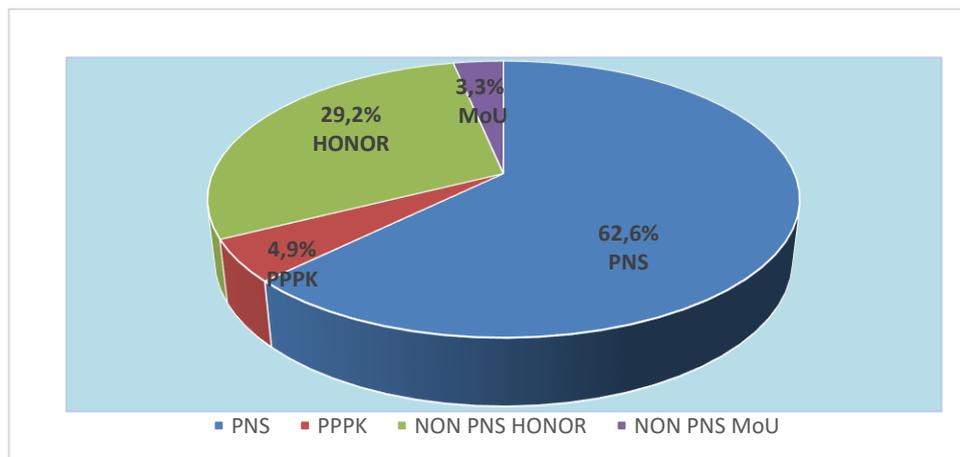
38	Perencana	14	10	2	2	0	1,5
39	Pranata Hubungan Masyarakat	4	3	0	1	0	0,4
40	Pranata Keuangan APBN	6	6	0	0	0	0,7
41	Pranata Komputer	13	5	1	7	0	1,4
42	Pranata Laboratorium	34	23	1	10	0	3,7
43	Psikolog Klinis	1	1	0	0	0	0,1
44	Radiografer	20	17	0	3	0	2,2
45	Sanitarian	20	16	2	2	0	2,2
46	Teknisi Elektro Medis	6	5	0	1	0	0,7
47	Teknisi Gigi	2	2	0	0	0	0,2
48	Teknisi Mesin	3	1	0	2	0	0,3
49	Teknisi Transfusi Darah	2	1	0	1	0	0,2
50	Terapis Gigi dan Mulut	6	6	0	0	0	0,7
51	Terapis Wicara	2	2	0	0	0	0,2
52	Entomolog Kesehatan	1	0	0	1	0	0,1
53	Optometri	1	0	0	1	0	0,1
54	Pengelola Pengadaan Barang	2	0	0	2	0	0,2
55	Pemulasaran Jenazah	4	0	0	4	0	0,4
56	Teknisi Jaringan	6	0	0	6	0	0,7
57	Pengemudi	10	0	0	10	0	1,1
58	Petugas Keamanan	4	0	0	4	0	0,4
59	Pramubakti	8	0	0	8	0	0,9
60	Binatu	5	0	0	5	0	0,5

61	Pramusaji	2	0	0	2	0	0,2
62	Pranata Jamuan	9	0	0	9	0	1,0
63	Pengelola Pekarya Kebun	1	0	0	1	0	0,1
Jumlah		918	575	45	268	30	100,0

Berdasarkan tabel dan grafik diatas dapat dijelaskan bahwa Tahun 2023 ada peningkatan jumlah pegawai baik bersumber dari pengadaan CPNS maupun dengan perekrutan tenaga BLU dan juga adanya integrasi/penggabungan dari BBKPM dan BKTM.

**Grafik 3.13.**

**Perbandingan Distribusi Sumber Daya Manusia Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Golongan/Jabatan Tahun 2023**



Jumlah Sumber DayaManusia di RSUP Dr.Tajuddin Chalid Makassar per 31 Desember 2023 adalah sebanyak 918 orang yang terdiri dari 575 orang Pegawai Negeri Sipil (62,6%), 45 orang PPPK (4,9%), 268 (3,3%),

➤ **Masalah**

- Program pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia sebagai upaya peningkatan keterampilan dan kemampuan dari SDM, belum terintegrasi dengan kebutuhan layanan di rumah sakit.

- 
- Pengembangan layanan dan sarana perawatan yang terus
  - Berkembang yang tidak seiring dengan pengembangan SDM sehinggaterjadi kekurangan SDM di unit unit tertentu.
  - Penempatan SDM yang di bagian tertentu tidak sesuai dengan pendidikannya.
  - Tingkat kedisiplinan pegawai yang belum sesuai dengan harapanyang akan diraih
- Usulan Pemecahan Masalah
- Koordinasi lintas unit untuk menyelaraskan kebutuhan dari unit untukmemenuhi standar kebutuhan tenaga yang terampil dan terlatih dengan unit diklat dan perencanaan agar bisa berjalan serasi.
  - Optimalisasi tenaga SDM yang ada dengan beban kerja yang ada di unit unit kerja, di samping merekrut tenaga baru dengan jalur penerimaan baru maupun dengan pindahan yang sesuai dengan persyaratan yang di tetapkan.
  - Pemenuhan SDM sesuai ABK
  - Penegakan system reward dan konsekwensi bagi tenaga SDM untukmeningkatkan mutu layanan yang ada.
  - Perencanaan penganggaran pelatihan berbasis responsive gende

## 2. Sarana dan Prasarana.

### a. Tanah

Nilai aset tetap berupa tanah BLU yang dimiliki RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar per 31 Desember 2023 dan 2022 adalah masing-masing sebesar Rp. 458.082.792.000,- dan Rp275.574,894.000,- . Terdapat penambahan nilai tanah RSUP dr. Tadjuddin Chalid Makassar sebesar Rp195.200.765.000,- karena adanya likuidasi masuk satuan kerja Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat Makassar dan Balai Kesehatan Tradisional Makassar Mutasi kurang berupa penghapusan tanah Balai Kesehatan Tradisional Makassar ke RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo.

**b. Peralatan dan Mesin**

Saldo aset tetap berupa Peralatan dan Mesin per 31 Desember 2023 dan 2022 adalah Rp 499.871.959.107,- dan Rp 352.305.596.783.. Mutasi nilai Peralatan dan Mesin dapat dijelaskan sebagai berikut:

**Tabel 3. 72**  
**Pembelian Peralatan dan Mesin**

<b>Saldo per 1 Januari 2023</b>	<b>352.305.596.783</b>
<b>Mutasi Tambah :</b>	<b>147.868.425.761</b>
Likuidasi Masuk dari BBKPM	85.083.602.145
Likuidasi Masuk dari BKTM	5.962.724.194
Pembelian MAK Peralatan dan Mesin	52.503.949.839
Reklas Masuk dari MAK Gedung dan Bangunan	70.023.637
Lebih Input Peralatan dan Mesin	232.039.800
Reklas Masuk dari MAK Gedung dan Bangunan	70.023.637
Pengadaan UPS (Utang 2023)	17.100.000
Transfer Masuk	3.998.986.146
<b>Mutasi Kurang :</b>	<b>302.063.437</b>
Koreksi Nilai	302.063.437
<b>Saldo 31 Desember 2023</b>	<b>499.871.959.107</b>
Akumulasi Penyusutan 31 Desember 2023	<b>163.775.008.454</b>
<b>Nilai Buku</b>	<b>163.775.008.454</b>

Mutasi Tambah dan Mutasi Kurang dengan rincian sebagai berikut:

- Pembelian Peralatan dan Mesin berupa peralatan kesehatan dan alat kantor rumah tangga sebesar Rp52.503.949.839,-, ( Rincian pengadaan terlampir)
- Transfer masuk sebesar Rp3.998.986.146,- berasal dari Direktorat Fasilitas Pelayanan Kesehatan berupa Mobile X-Ray dengan Berita

Acara Serah Terima No. KN.01.08/D.V/4816/2023 tanggal 20 Desember 2023.

- Pengurangan berupa koreksi pencatatan sebesar Rp300.065.437,- terdiri dari:
  1. Koreksi peralatan dan mesin ke beban pemeliharaan (Koreksi SPM) = Rp72.023.637,-
  2. Koreksi jumlah item unit komputer = Rp227.850.000,-
  3. Koreksi lebih catat perolehan lainnya = Rp2.191.800,-

### c. Gedung dan Bangunan

**Tabel 3. 73**

#### **Rincian Saldo Mutasi Gedung dan Bangunan**

<b>Saldo per 1 Januari 2023</b>	<b>232,564,462,098</b>
<b>Mutasi Tambah :</b>	<b>64,549,871,862</b>
Likuidasi Masuk dari BBKPM	48,856,152,222
Likuidasi Masuk dari BKTM	13,827,031,000
Pembayaran Gedung dan Bangunan	1,866,688,740
<b>Mutasi Kurang :</b>	<b>70,023,637</b>
Reklas Keluar Peralatan dan Mesin	70,023,637
<b>Saldo 31 Desember 2023</b>	<b>297,044,310,423</b>
Akumulasi Penyusutan 31 Desember 2023	(37,308,824,884)
<b>Nilai Buku</b>	<b>259,735,485,539</b>

Nilai Gedung dan Bangunan per 31 Desember 2023 dan 2022 adalah masing – masing sebesar Rp 297.044.310.423,- dan Rp 232.564.462.098,-

. Mutasi penambahan dan pengurangan dijelaskan sebagai berikut :

Pembayaran Gedung dan bangunan sebesar Rp 1.866.688.740,- dengan rincian :

- i. Penambahan Gedung Interior Gedung Seruni VVIP Rp 172.525.524,-

- ii. Pekerjaan pembangunan pagar tembok Rumah Sakit Bagian Utara Rp 49.353.000,-
- iii. Pemeliharaan selaras Rp 154.158.000,-
- iv. Pekerjaan pembulatan Septic tank gedung Graha Lily Rp 48.804.687,-
- v. Pemeliharaan pagar Pajjaiyang Rp 135.663.000,-
- vi. Pemeliharaan pagar Paccerakkang sampai Gedung Aula Berbudi Rp 100.089.983,-
- vii. Renovasi Poli Eksekutif Rp 185.370.928,-
- viii. Renovasi Gedung Mawar Rp 649.604.061,-
- ix. Renovasi Gedung VVIP RSTC Rp 140.873.000,-
- x. Renovasi Gedung Kantor Rp 160.222.920,-
- xi. Pemeliharaan Ground Water Tank Rp 70.023.637,- namun telah dilakukan Reklas keluar ke Peralatan Mesin

**d. Jalan, Irigasi, dan Jaringan**

Saldo Jalan, Irigasi, dan Jaringan per 31 Desember 2023 dan 2022 adalah masing-masing sebesar Rp21.474.029.661,- dan Rp20.646.190.553,- . Mutasi penambahan dan pengurangan dijelaskan sebagai berikut :

**Tabel 3. 74**

**Rincian Saldo Mutasi Jalan, Irigasi dan Jaringan**

Saldo per 1 Januari 2023	<b>20.646.190.553</b>
Mutasi Tambah :	827.839.108
Likuidasi Masuk dari BBKPM	71.398.000
Likuidasi Masuk dari BKTM	123.206.000
Pembayaran	633.235.108
Mutasi Kurang :	0
Saldo 31 Desember 2023	<b>21.474.029.661</b>
Akumulasi Penyusutan 31 Desember 2023	(6.885.059.813)

Nilai Buku	<b>14.588.969.848</b>
------------	-----------------------

Pembayaran sebesar Rp. 633.235.108,- dengan rincian sebagai berikut :

1. Pekerjaan sumur bor sebesar Rp 360.187.208,-
2. Pengadaan IPAL UPF BKTM sebesar Rp 198.000.000,-
3. Pekerjaan pembuatan drainase belakang IPAL sebesar Rp 75.047.900,-

**e. Aset Tetap Lainnya**

Aset Tetap Lainnya BLU merupakan aset tetap yang tidak dapat dikelompokkan dalam tanah, peralatan dan mesin, gedung dan bangunan, jalan, irigasi dan jaringan. Saldo Aset Tetap Lainnya periode 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022 adalah masing – masing sebesar Rp. 734.405.750,-. Aset Tetap Lainnya di RSUP.Dr.Tadjuddin Chalid Makassar berupa barang bercorak kesenian. Aset tetap lainnya berupa pengadaan Maket dan Foto dokumen lainnya pembangunan gedung baru RS dan buku-buku motivasi (monografy) dari Perpustakaan Nasional sebanyak 900 buah buku.

**3. Sumber Daya Keuangan**

### a. Pendapatan

MAK	Uraian	31 Desember 2023		
		Anggaran	Realisasi	%
424111	Pendapatan Jasa Layanan RS	115,187,255,000	125,123,460,399	108,63
424312	Pendapatan Hasil Kerja Sama Lembaga/Badan Usaha	1,335,927,000	1,110,687,895	83,14
424421	Pendapatan dari Pelayanan BLU yang bersumber dari entilitas Pemerintah pusat	4,700,080,000	1,417,841,525	30,17
424911	Pendapatan Jasa Layanan Perbankan BLU	2,863,291,000	1,253,491,567	43,78
424919	Pendapatan Lain - Lain BLU	913,447,000	1,034,397,495	113,24
425122	Pendapatan dari Penjualan Peralatan dan Mesin		83,200,000	
425131	Pendapatan Sewa Tanah, Gedung dan Bangunan		184,080	
425811	Pendapatan Denda Penyelesaian Pekerjaan Pemerintah		2,849,314	
425911	Penerimaan Kembali Belanja Pegawai Tahun Anggaran Lalu		111,766,414	
<b>Jumlah</b>		<b>125,000,000,000</b>	<b>130,137,878,689</b>	<b>104,11</b>

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada periode 31 Desember 2023 dan 2022 adalah sebesar Rp 130.137.878.689,- dan Rp 67.356.088.373,- atau mencapai 104,11 persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp125.000.000.000,-. Pendapatan RSUP Dr.Tadjuddin Chalid Makassar terdiri dari Pendapatan Jasa Layanan Umum dan Pendapatan lain-lain

Capaian pendapatan Tahun 2023 telah mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 104,11 persen senilai Rp130,137,878,689,-

**Tabel 3.75**  
**Perbandingan Pendapatan**

Uraian	2023	2022 Audited	%
Pendapatan Jasa Layanan RS	129,939,878,881	67,342,688,213	92,95
Pendapatan Lain-lain	197,999,808	13,400,160	1,377,59
<b>Jumlah</b>	<b>130,137,878,689</b>	<b>67,356,088,373</b>	<b>93,21</b>

Jika dibandingkan dengan Pendapatan Tahun Anggaran yang lalu periode yang sama, pendapatan Rumah Sakit juga mengalami kenaikan sebesar 93,21% hal ini disebabkan karena peningkatan kunjungan pasien, adanya pengembangan layanan serta penggabungan Satker Balai Kesehatan Paru Masyarakat Makassar dan Balai Kesehatan Tradisional Makassar.

**f. Belanja**

Realisasi Belanja RSUP Dr.Tadjuddin Chalid pada periode 31 Desember 2023 adalah sebesar Rp241.795.997.242,- atau 95,62% dari total anggaran belanja sebesar Rp252.870.687.000,-. Rincian anggaran dan realisasi belanja per 31 Desember 2023 adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.76**

**Rincian Anggaran dan Realisasi Belanja**

Uraian	2023		
	Anggaran	Realisasi	%
Belanja Pegawai	38,025,461,000	37,147,521,117	97,69
Belanja Barang	157,112,188,000	149,744,246,530	95,31
Belanja Modal	252,870,083,000	54,933,850,050	95,15
<b>Total Belanja Bruto</b>	<b>252,870,687,000</b>	<b>241,825,617,697</b>	<b>95,63</b>
<b>Pengembalian Belanja</b>		<b>(29,620,455)</b>	
<b>Total Belanja Nett</b>	<b>252.870.687.000</b>	<b>241,795,997,242</b>	<b>95,62</b>

Realisasi Belanja per 31 Desember 2023 mengalami kenaikan belanja sebesar 95,62 persen pada periode yang sama tahun anggaran yang lalu , hal ini dikarenakan adanya penambahan anggaran diakhir tahun berupa dana Pemulihan Ekonomi Nasional ( PEN 1 dan 2) dalam rangka pembelian Peralatan Kesehatan dengan total penambahan anggaran belanja sebesar Rp 64.354.356.000,-.

**Tabel 3.77**

**Perbandingan Realisasi Belanja**

Uraian	2023	2022 Audited	%
Belanja Pegawai	37,147,521,117	30,620,334,076	21,32
Belanja Barang	149,744,246,530	87,095,907,346	71,93
Belanja Modal	54,933,850,050	81,562,492,828	'(32,65)
<b>Jumlah</b>	<b>241,825,617,697</b>	<b>199,278,734,250</b>	<b>21,35</b>
Pengembalian Belanja	(29,620,455)	(30,394,410)	(2,55)
<b>Total Belanja Nett</b>	<b>241,795,997,242</b>	<b>199,248,339,840</b>	<b>21,35</b>

Realisasi Belanja Pegawai periode 31 Desember 2023 dan 2022 mengalami kenaikan belanja sebesar 21,35 persen pada periode yang sama tahun anggaran yang lalu, hal ini dikarenakan adanya penambahan beban atas integrasi layanan dengan penggabungan BBKPM dan BKTU ke RSUP Dr. Tadjuddin Chalid.

**Tabel 3.78**

**Perbandingan Belanja Pegawai**

Uraian	2023	2022 Audited	%
Belanja Gaji dan Tunjangan PNS	36,787,082,117	30,394,800,076	21,03
Belanja Lembur	360,439,000	225,534,000	59,82
<b>Jumlah</b>	<b>37,147,521,117</b>	<b>30,620,334,076</b>	<b>21,32</b>
Pengembalian Belanja Pegawai	(27,145,455)	(30,394,410)	(10,69)
<b>Jumlah Netto</b>	<b>37,120,375,662</b>	<b>30,589,939,666</b>	<b>21,35</b>

Belanja pegawai mengalami kenaikan sebesar 21,35% dari periode yang sama tahun anggaran yang lalu dikarenakan adanya penambahan jumlah pegawai dan karena adanya pengintegrasian.

**Tabel 3.79**

**Perbandingan Belanja Barang per 31 Desember 2023 dan 2022**

Uraian	2023	2022 Audited	%
Blj. barang operasional	75,695,382,967	36,362,683,989	108,17
Blj. barang non operasional	546,691,472	530,689,220	3,02
Belanja Jasa	21,250,067,579	14,692,137,509	44,64
Belanja Barang Persediaan	40,802,104,965	29,227,355,245	39,60
Belanja Pemeliharaan	6,714,056,714	3,436,654,294	95,37
Belanja Perjalanan	1,942,278,311	1,079,368,900	79,95
Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	2,686,444,022	1,767,018,189	52,03
Belanja peralatan dan mesin Ekstrakomtabel BLU	107,220,500		
<b>Total Bruto</b>	<b>149,744,246,530</b>	<b>87,095,907,346</b>	<b>71,93</b>
Pengembalian Blj Barang	(2,475,000)		
<b>Total Nett</b>	<b>149,741,771,530</b>	<b>87,095,907,346</b>	<b>71,93</b>

Realisasi Belanja Barang yang terealisasi sampai dengan 31 Desember 2022 terdapat belanja untuk belanja penanganan pandemi Covid 19 sebesar Rp33,035,265,- berupa pembelian obat dan BMHP.

Realisasi Belanja Modal 31 Desember 2023 dan 2022 adalah masing – masing sebesar Rp54,933,850,050,- dan Rp81,562,492,828,-. Belanja modal merupakan pengeluaran anggaran untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi.

Realisasi Belanja Modal pada 31 Desember 2023 mengalami penurunan sebesar 54,96% dibandingkan periode yang sama pada tahun

anggaran yang lalu.

**Tabel 3.80**  
**Perbandingan Belanja Modal**

<b>Uraian</b>	<b>2023</b>	<b>2022 Audited</b>	<b>%</b>
Blj. Modal Peralt. & Mesin	34,306,998,001	79,592,626,358	'(56,90)
Blj. Modal Ged.&Bangunan	1,796,665,103	1.160,101,638	54,87
Blj. Modal jl,irigasi,& jaringan	633,235,108	809,764,832	(21,80)
<b>Total Bruto</b>	<b>36,736,898,212</b>	<b>81,562,492,828</b>	<b>'(54,96)</b>
Pengembalian Blj Modal			
<b>Total Nett</b>	<b>36,736,898,212</b>	<b>81,562,492,828</b>	<b>'(54,96)</b>

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Dalam menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang berbentuk BLU dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) tidak terlepas dari perencanaan dan kegiatan termasuk penetapan kinerjanya yang telah dituangkan dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Tadjuddin Chalid tahun 2020 -2024.

Pada tahun 2023 ada penambahan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang ditambahkan kedalam Perjanjian Kinerja tahun 2023 yaitu Indikator Kinerja Mandatory sebanyak 33 Indikator.

Seluruh kegiatan RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2023 diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pencapaian Program Upaya Kesehatan pada Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2023.

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi pertanggungjawabandan peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

#### **B. SARAN**

1. Kualitas perencanaan perlu penyempurnaan agar seluruh program kegiatan dapat terlaksana dengan baik disertai dukungan anggaran dan sumber daya yang ada.
2. Meningkatkan kegiatan promosi kepada masyarakat tentang jenis layanan dan kelengkapan fasilitas yang tersedia di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
3. Pengembangan dan kepatuhan penggunaan SIMRS yang terpadu diantara unit terkait dalam rumah sakit.
4. Menjadikan layanan unggulan sebagai tempat rujukan kompetensi

### **C. RENCANA TINDAK LANJUT & REKOMENDASI TAHUN DEPAN**

1. Melihat capaian Key Performa Indikator yang melampaui target sebesar 62,27% perlu evaluasi target capaian KPI pada RSB 2020-2024.
2. Indikator Capaian KPI yang belum memenuhi target perlu menjadi prioritas evaluasi kegiatan.

Dengan demikian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar ini dapat menggambarkan pencapaian kinerja dari kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan untuk tahun 2024 beserta analisa keberhasilan dan kegagalan termasuk permasalahan yang dihadapi serta pemecahannya. Capaian atas target kegiatan yang dilaporkan tidak terlepas dari tersedianya sumber daya yang ada, baik sumber dayam manusia, sumber dana serta sarana dan prasarana.

Demikian kami harapkan LAKIP RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dapat digunakan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakitterhadap Pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

## LAMPIRAN

