

# LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

RS WAHIDIN SUDIROHUSODO  
TAHUN 2024

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nyalah sehingga Tahun Anggaran 2024 dapat di lalui dengan melaksanakan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan di tahun sebelumnya.

Program dan kegiatan dapat terlaksana atas kerja keras serta kerjasama yang baik di dalam organisasi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang kemudian tertuang dalam Laporan Tahunan Periode Tahun 2024 dan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

Laporan Akuntabilitas Kinerja dibuat sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok, fungsi pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijaksanaan yang dipercayakan kepada instansi pemerintah, berdasarkan suatu sistem akuntabilitas yang memadai sesuai dengan peraturan presiden nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), serta mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

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

Makassar, Januari 2025  
Direktur Utama,  
  
**Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV**  
NIP. 19670524 199503 1 001

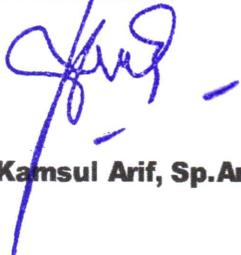
## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>ii</b>
<b>PENGESAHAN DIREKSI</b>	<b>iii</b>
<b><i>EXECUTIVE SUMMARY</i></b>	<b>iv</b>
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan Laporan	3
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
D. Sistematika Penulisan	6
<b>BAB II. PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA</b>	<b>8</b>
RENCANA KERJA TAHUNAN	13
PERJANJIAN KINERJA	15
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA</b>	<b>19</b>
A. PENGUKURAN DAN ANALISIS CAPAIAN KINERJA	19
1. Indikator Kinerja Utama ( <i>Key Performance Indicator</i> )	20
2. <i>Key Performance Indicator</i> Mandatori	42
B. SUMBER DAYA	69
a. Sumber Daya Manusia	69
b. Sumber Daya Keuangan	78
c. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	79
C. EFISIENSI SUMBER DAYA	80
1. Efisiensi Penggunaan Energi	80
D. INOVASI	82
<b>BAB IV PENUTUP</b>	<b>83</b>
A. KESIMPULAN	83
B. SARAN	83

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA PERIODE TAHUN 2024  
RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

**Disusun dan Disetujui Oleh Direksi :**

Direktur Utama



**Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV**

Direktur Medik dan Keperawatan



**Dr. dr. Asvin Nurulita, M.Kes, Sp.PK(K)**

Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian



**Dr. dr. Nu'man AS Daud, Sp.PD K-GEH, FINASIM**

Direktur Perencanaan dan Keuangan



**Diah Vitaloka Adam, SE, M.Ak**

Direktur Layanan Operasional



**dr. Marsela Wahyuni Olli, M.Kes**

## EXECUTIVE SUMMARY

Laporan ini menggambarkan uraian menyeluruh tentang kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), hasil kegiatan program, pencapaian kinerja dan masalah, hambatan serta terobosan sebagai upaya pemecahan masalah dalam pelaksanaan kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu 1 (satu) Tahun.

Pencapaian kinerja untuk tahun 2024 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran sebesar **1.425.541.634.305,- (95.21%)**, dari pagu sebesar **Rp 1.497.232.566.000,-** Pencapaian kinerja RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dapat dilihat melalui hasil pengukuran *Key Performance Indikator* rencana strategis RSUP Dr. wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2020-2024 dan *Key Performance Indikator* yang merupakan mandatory dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dari ke 42 *Key Performance Indikator* dalam kontrak kinerja terdapat 12 Indikator yang tidak mencapai target.

Sangat dibutuhkan komitmen semua pihak untuk dapat meningkatkan kinerja dalam upaya mencapai semua target dan kegiatan yang telah direncanakan. Upaya tindak lanjut dengan mereview beberapa target yang belum tercapai dengan melakukan upaya perbaikan serta optimalisasi koordinasi antar unit dalam peningkatan mutu dan produktivitas layanan RS.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Konsep dasar akuntabilitas didasarkan pada klasifikasi tanggung jawab managerial pada tiap lingkungan dalam organisasi yang bertujuan untuk pelaksanaan kegiatan pada tiap bagian. Kegiatan yang terkendali merupakan kegiatan yang secara nyata dapat dikendalikan oleh seseorang atau suatu pihak. Yang berarti bahwa kegiatan tersebut benar-benar direncanakan, dilaksanakan dan dinilai hasilnya oleh pihak berwenang dan tidak sebaliknya.

Akuntabilitas didefinisikan sebagai suatu perwujudan kewajiban untuk dipertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui media birokrasi. Hal tersebut telah ditetapkan TAP MPR No. XI/MPR/1998 tentang penyelenggaraan negara yang bersih dan bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme dan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 dengan judul yang sama sebagai tindak lanjut TAP MPR tersebut. Dan peraturan presiden nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) sebagai tindak lanjut produk hukum tersebut.

Laporan akuntabilitas kinerja disusun dalam rangka perwujudan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijaksanaan yang dipercayakan kepada setiap Instansi Pemerintah berdasarkan suatu sistem akuntabilitas yang memadai.

Laporan akuntabilitas kinerja juga berperan sebagai alat kendali, alat penilaian kinerja dan alat pendorong terwujudnya Good Governance. Dalam perspektif yang lebih luas, maka Laporan akuntabilitas kinerja berfungsi sebagai media pertanggungjawaban kepada publik. Semua itu merupakan dukungan dan peran aktif seluruh unit kerja RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Bertitik tolak dari Renstra menjadi salah satu aspek dasar dalam penyusunan Keterangan Pertanggungjawaban Tahun 2009 dan Inpres No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi di Pemerintah, penyusunan berdasarkan pada Indikator (Input, Output, Outcome dan Benefit) juga diatur mengenai metode, mekanisme dan tata cara pelaporannya. Oleh karena itu laporan pertanggungjawaban akhir tahun yang menjadi laporan kemajuan penyelenggaraan kesehatan pada RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

yang disusun dan dikembangkan sesuai peraturan yang berlaku. Pelaksanaan penyusunan LAK RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2024 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan LAK yaitu :

1. TAP MPR No. XI/MPR/1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Kolusi, Korupsi dan Nepotisme;
2. Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Kolusi, Korupsi dan Nepotisme;
3. Peraturan Pemerintah No.8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
4. Peraturan Pemerintah No. 39 Tahun 2006 Tentang Cara Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan;
5. Peraturan Pemerintah No. 40 Tahun 2006 Tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional;
6. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2008 Tentang Tahapan Tata Cara, Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
7. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 24 Tahun 2010 Tentang Kedudukan, Tugas dan Fungsi Eselon I Kementerian;
8. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Aistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
9. Instruksi Presiden RI No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
10. Instruksi Presiden Republik Indonesia No. 5 Tahun 2004 Tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi;
11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No 09/M.PAN/05/2007 tentang Penyusunan Indikator Kinerja Utama di lingkungan Instansi Pemerintah;
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No 09/M.PAN/11/2008 tentang Petunjuk Penyusunan Indikator Kinerja Utama;
13. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2011;
14. Peraturan Menteri Kesehatan No 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja

Kementerian Kesehatan

15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
16. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 22/PMK.02/2021 tentang pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA Kementerian/Lembaga

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Akuntabilitas Kinerja sebagaimana dimaksud dalam Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dibangun dan dikembangkan dalam rangka perwujudan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya pelaksanaan kebijakan dan program kegiatan yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah, termasuk RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dalam hal ini, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar secara periodik wajib mengkomunikasikan pencapaian tujuan dan sasaran strategis organisasi kepada stakeholder yang dituangkan dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja.

Laporan Akuntabilitas Kinerja dalam kerangka sistem akuntabilitas kinerja adalah perwujudan salah satu kewajiban untuk menjawab apa yang sudah diamanahkan kepada setiap instansi di lingkup Kementerian Kesehatan.

Laporan Akuntabilitas Kinerja disusun dengan mengacu pada Rencana Strategis Bisnis, Rencana Bisnis Anggaran, Penetapan Kinerja dan Hasil Pengukuran Kinerja. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam mencapai kinerja selama melaksanakan kegiatan tahun anggaran 202 yang wajib dipertanggungjawabkan.

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

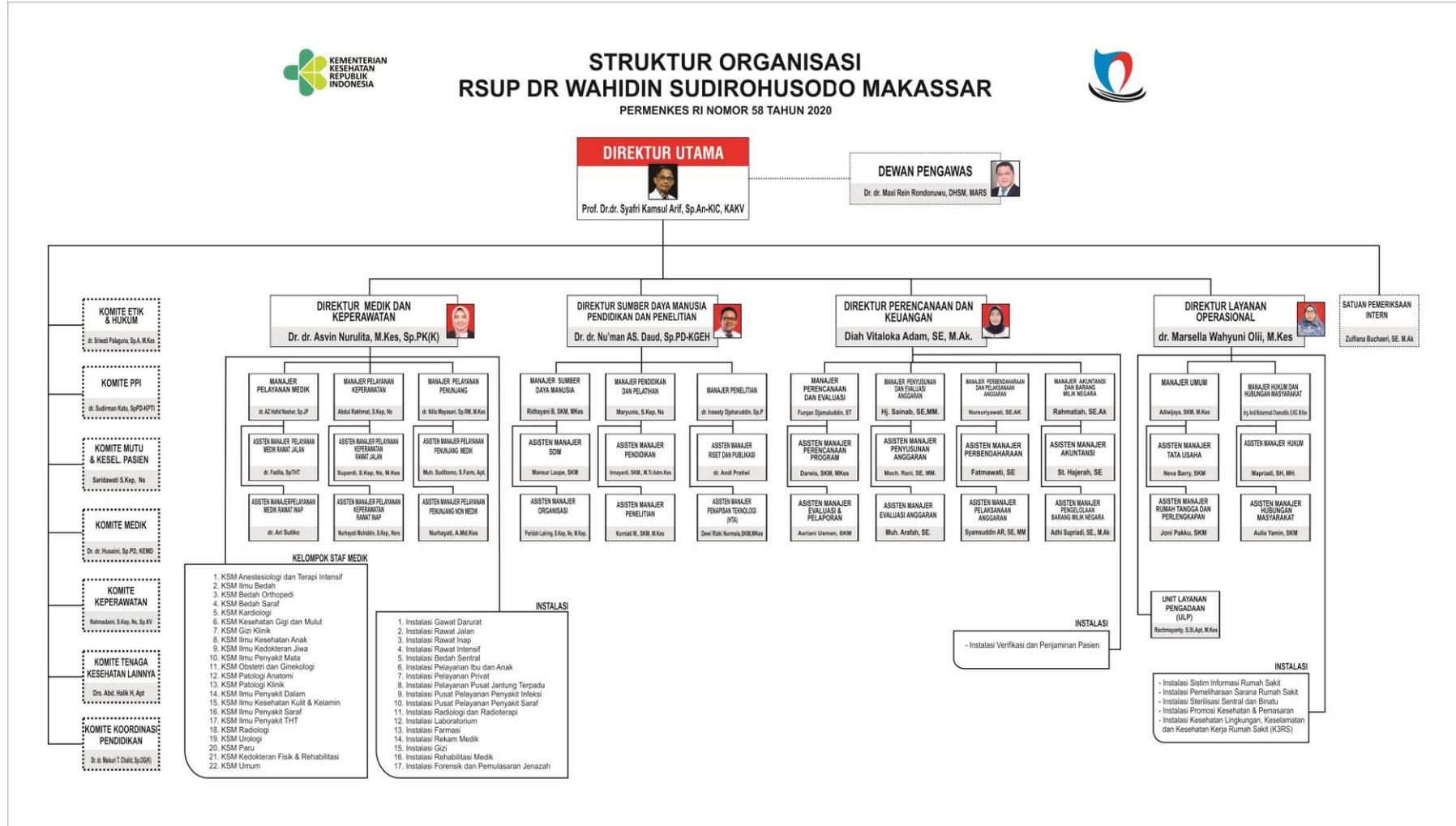
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Indonesia Timur, merupakan Rumah Sakit Vertikal Kelas A dengan kapasitas 847 tempat tidur, yang sekaligus berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan mengemban tugas pokok berdasarkan PERMENKES RI nomor 26 tahun 2022 tentang tata kerja rumah sakit di lingkungan kementerian kesehatan adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna,

pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

Dalam menjalankan tugasnya, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana, program dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
- c. Pengelolaan pelayanan non medis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan dibidang pelayanan kesehatan
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi dibidang pelayanan kesehatan
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik Negara
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hokum, kerja sama dan hubungan masyarakat
- j. Pengelolaan sistem informasi
- k. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

Susunan organisasi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo berdasarkan PERMENKES RI nomor 26 tahun 2022 dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



#### **D. SISTEMATIKA PENULISAN**

Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No.29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, kemudian Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2011, dan Peraturan Menteri Kesehatan No 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan, maka minimal Sistematika Laporan Akuntabilitas Kinerja di lingkup Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut :

##### **1. Ikhtisar Eksekutif**

Summary (rangkuman) dari seluruh isi LAK. Minimal disajikan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam renstra/rencana lima tahun serta sejauh mana pencapaian tujuan dan sasaran tersebut. Disajikan pula keberhasilan dan kegagalan, permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian indikator kinerja dan usul pemecahan masalah.

##### **2. Bab I Pendahuluan**

Menguraikan gambaran umum RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar serta tugas pokok dan fungsi sebagai mandat yang harus dilaksanakan. Di bagi dalam beberapa bagian yaitu :

- A. Latar Belakang
- B. Maksud dan Tujuan
- C. Tugas Pokok dan Fungsi
- D. Sistematika Penulisan

##### **3. Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja**

Diuraikan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja (dokumen penetapan kinerja) meliputi gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun yang bersangkutan, indikator dan targetnya serta kebijakan dan strategi untuk mencapai visi, misi dan sasaran.

Bab II meliputi :

- A. Perencanaan Kinerja
- B. Perjanjian Kinerja

4. Bab III Akuntabilitas Kinerja

Di bab III diuraikan pencapaian sasaran dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja dengan membandingkan capaian kinerja nyata (realisasi) dengan target, dilakukan analisis per indikator dengan mengungkapkan kegiatan-kegiatan yang terkait langsung dengan indikator maupun yang bersifat pendukung, serta sumber daya yang mendukung pencapaian kinerja yang dijabarkan dalam dua bagian yaitu :

A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian

B. Sumber Daya

C. Efisiensi Sumber Daya

5. Bab IV Penutup

A. Kesimpulan

B. Saran

6. Lampiran

✓ Form RKT (Rencana Kinerja Tahunan)

✓ Pernyataan Penetapan Kinerja

✓ Form Penetapan Kinerja

## BAB II

### PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Perencanaan kinerja merupakan suatu proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan sasaran strategis, kebijakan dan program yang ada dalam Rencana Strategis Bisnis. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo telah melakukan revisi RSB tahun 2020-2024 sehingga terdapat perubahan pada sasaran strategis dan *key performance indikator*. Sasaran strategis semula berjumlah 15 (lima belas) dan 26 (dua puluh enam) *Key performance indikator* berubah menjadi 13 (tiga belas) sasaran strategis dan 20 *Key performance indikator*, sesuai dengan matriks berikut ini :

Tabel 1. Semula menjadi revisi RSB tahun 2020-2024

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2023 - 2024			
SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR		SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR	
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Indeks Kepuasan Pasien	1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Indeks Kepuasan Pasien
		2	Indeks Kepuasan Peserta Didik			2	Indeks Kepuasan Peserta Didik
		3	Indeks Kepuasan Staf			3	Indeks Kepuasan Staf
		4	Tingkat kesehatan BLU				
2	Terwujudnya Layanan Komprehensif, terpercaya dan berkeadilan	5	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	2	Terwujudnya Layanan Komprehensif, terpercaya dan berkeadilan	4	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti
		6	Persentase Ketepatan Waktu Layanan			5	Persentase Ketepatan Waktu Layanan

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2023 - 2024			
SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR		SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR	
3	Pengembangan jantung terpadu dan mother & Child center sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara	7	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Pusat Jantung Terpadu	3	Pengembangan jantung terpadu dan mother & Child center sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara	6	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Pusat Jantung Terpadu
		8	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Mother and Child Center			7	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Mother and Child Center
4	Optimalisasi dan Pengembangan layanan unggulan	9	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan unggulan			4	Pengembangan layanan inovatif pada segmen baru
5	Pengembangan layanan inovatif pada segmen baru	10	Jumlah Layanan Inovatif Baru	5	Peningkatan kerjasama pendidikan dan penelitian berkelanjutan	9	Jumlah Penelitian Klinis di Layanan Unggulan
6	Peningkatan kerjasama pendidikan dan penelitian berkelanjutan	11	Jumlah Penelitian Klinis di Layanan Unggulan	6	Peningkatan kepatuhan DPJP	10	Persentase Kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai Jadwal
7	Terwujudnya Sistem Layanan yang berbasis Interprofesional Practice Collaboration	12	Jumlah layanan unggulan yang telah menerapkan Interprofesional Practice Collaboration				
8	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	14	Persentase kasus severity level 3	7	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif	11	Presentase pertumbuhan pasien

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2023 - 2024			
SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR		SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR	
9	Terwujudnya sistem pemasaran yang efektif	15	Pertumbuhan pasien swasta dan asuransi lainnya				
10	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	16	Persentase kesesuaian pengadaan perbekalan farmasi dengan Rencana Kerja Obat	8	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	12	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti
		17	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti				
11	Membangun Sistem Digitalisasi Rumah Sakit skala Asia Tenggara (Promosi & SISRUPE)	18	Jumlah aplikasi berskala asia tenggara yang diimplementasikan	9	Pengembangan SIMRS menuju SMART Hospital	13	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan
12	Pengembangan SIMRS menuju SMART Hospital	19	Jumlah modul mobile application yang diimplementasikan				
13	Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat	20	OEE Alat Medik Utama	10	Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat	14	OEE Alat Medik Utama
		21	OEE Prasarana Utama			15	OEE Prasarana Utama
14	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	22	Persentase staf dengan kinerja excellent	11	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	16	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2023 - 2024			
SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR		SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR	
		23	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standar			17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional
		24	umlah layanan pada Pusat Jantung terpadu dan Mohter & Child Center yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa Internasional				
15	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasiskan kendali mutu dan kendali biaya	25	POBO	12	Pengampuan ke Rumah Sakit Jejaring diwilayah timur Indonesia	18	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh
		26	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP	13	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasiskan kendali mutu dan kendali biaya	19	POBO
						20	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP

Adapun target kinerja selama periode 2023 – 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel 2. Target Kinerja Tahun 2023-204  
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

KEY PERFORMANCE INDIKATOR		TARGET	
		2023	2024
1	Indeks Kepuasan Pasien	88	90
2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	88	90
3	Indeks Kepuasan Staf	88	90
4	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	100%	100%
5	Persentase Ketepatan Waktu Layanan	70%	80.00%
6	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Pusat Jantung Terpadu	10%	10.00%
7	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Mother and Child Center	4%	10%
8	Jumlah Layanan Inovatif Baru	2	2
9	Jumlah Penelitian Klinis di Layanan Unggulan	3	3
10	Persentase Kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai Jadwal	70%	75%
11	Presentase pertumbuhan pasien	20%	20%
12	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	90%	100%
13	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	3	3
14	OEE Alat Medik Utama	94.7	95
15	OEE Prasarana Utama	97.7	95
16	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	75%	80%
17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	90%	100%
18	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh	5	6
19	POBO	88	90
20	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNB	33	30

## RENCANA KINERJA TAHUNAN

Rencana kinerja tahunan merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis tahun 2020 - 2024 adalah dasar dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mewujudkan tujuan yang ingin dicapai. Rencana Kinerja tahun 2024 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Program Kerja Strategis Tahun 2024  
RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS
1	Indeks Kepuasan Pasien	Evaluasi dan program peningkatan kepuasan pasien
		Pembangunan gedung parkir 8 lantai
2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	Pemenuhan sarana dan prasarana pendidikan
		Pemenuhan kompetensi dosen pendidik dan preceptor
		Impementasi sistem supervisi pendidikan
		Pemenuhan rasio pendidik dan peserta didik
		Pemenuhan jumlah kasus pasien
3	Indeks Kepuasan Staf	Pengembangan Sistem Reward dan Konsekuensi
4	Persentase Komplain yang ditindak lanjuti	Pengembangan sistem manajemen complain terpadu
		Pemenuhan dan pemeliharaan saradan prasarana RJ
5	Persentase Ketepatan Waktu Layanan	Penyempurnaan kebijakan, panduan dan SOP layanan
		Standarisasi sarana dan prasarana
6	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan jantung terpadu	Penambahan jumlah layanan baru di Pusat Jantung Terpadu (PJT)
7	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan mother and child centre	Pembangunan gedung layanan mother and child centre
8	Jumlah layanan inovatif baru	Pengembangan unit berbasis riset dan digital
9	Jumlah penelitian klinis dilayanan unggulan	Sayembara penelitian translasional yang menunjang pelayanan
10	Persentase kepathan DPJP di poliklinik sesuai jadwal dan tepat waktu	Monitoring dan Evaluasi
		Pemenuhan jumlah SDM sesuai analisa beban kerja dan prioritas layanan
11	Persentase pertumbuhan pasien	Penguatan Rumah Sakit Jejaring
		Optimalisasi sistem rujukan berdasarkan Tipe Rumah Sakit
		Costumer Get Costumer (CGC)

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS
12	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	Sistem penanganan temuan
13	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	Pengembangan Modul Mobile Application Tahap V (pegawai)
14	OEE Alat Medik Utama	Peningkatan keandalan sarana dan prasarana Pemenuhan alat medik dan non medik
15	OEE Prasarana Utama	Peningkatan keandalan sarana dan prasarana
16	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	Program pemenuhan SDM
		Program pengembangan SDM sesuai dengan kompetensi (TNA)
		Membangun kerjasama dengan RS luar negeri (essen univ. Hospital Jerman, Ciba Univ. Hospital Jepang)
17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	Program Pelatihan bahasa internasional
		Hari bahasa internasional pada layanan unggulan Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Centre
18	Jumlah rumah sakit jejaring yang diampuh	Melakukan visitasi ke RS yang diampuh
		Melakukan pengampuhan SDM, administrasi dan tekhnikal medik
		Melakukan monev RS yang telah diampuh
		Kerjasama pendidikan fellowship
19	POBO	Efisiensi bahan farmasi, kegiatan administrasi dan operasional pendukung lainnya
20	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBK	Pengembangan dashboard kinerja keuangan unit

## A. PERJANJIAN KINERJA

Rencana Kinerja Tahunan kemudian dituangkan dalam perjanjian kinerja antara Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan RI dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil. Penetapan kinerja termasuk dengan alokasi anggaran yang akan digunakan selama tahun anggaran 2024. Berikut Perjanjian Kinerja yang dimaksud adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Perjanjian Kinerja tahun 2024  
RSUP Dr. wahidin Sudirohusodo Makassar

SASARAN STRATEGIS			INDIKATOR KINERJA	TARGET
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Indeks Kepuasan Pasien	90
		2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	90
		3	Indeks Kepuasan Staf	90
2	Terwujudnya Layanan Komprehensif, terpercaya dan berkeadilan	4	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	100%
		5	Persentase Ketepatan Waktu Layanan	80%
3	Pengembangan jantung terpadu dan mother & Child center sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara	6	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Pusat Jantung Terpadu	10%
		7	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Mother and Child Center	10%
4	Pengembangan layanan inovatif pada segmen baru	8	Jumlah Layanan Inovatif Baru	2
5	Peningkatan kerjasama pendidikan dan penelitian berkelanjutan	9	Jumlah Penelitian Klinis di Layanan Unggulan	3
6	Peningkatan kepatuhan DPJP	10	Persentase Kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai Jadwal	75%
7	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif	11	Presentase pertumbuhan pasien	20%
8	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	12	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	100%
9	Pengembangan SIMRS menuju SMART Hospital	13	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	3

SASARAN STRATEGIS			INDIKATOR KINERJA	TARGET
10	Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat	14	OEE Alat Medik Utama	95%
		15	OEE Prasarana Utama	98%
11	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	16	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	80%
		17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	100%
12	Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia	18	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh	6
13	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kendali mutu dan kendali biaya	19	POBO	90%
		20	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP	30%
<b>INDIKATOR KINERJA TAMBAHAN</b>				
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	21	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5
		22	Jumlah Laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2
15	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat keluar negeri	23	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
		24	Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata utama	1
		25	Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata madya	4
16	Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN)	26	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%
		27	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran,	100%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA	TARGET
		IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, Layanan penunjang (Lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit	
17	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	28 Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%
18	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	29 RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional	1 layanan
		30 Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%
		31 Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
		32 Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
		33 Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
19	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	34 Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standar	90%
		35 Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	90%
20	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	36 Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	10%
		37 Capaian hasil survey budaya keselamatan	> 75%
		38 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		39 Persentase realisasi target pendapatan BLU	> 90%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA	TARGET
		40 Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	96%
		41 Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	90%
		42 Persentase nilai EBITDA margin	15%

Jumlah Anggaran Kegiatan

: Rp. 1.497.232.566.000,-

## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

#### A. PENGUKURAN DAN ANALISIS CAPAIAN KINERJA

Tahun 2024 merupakan tahun kelima atau tahun terakhir pelaksanaan dari Rencana Strategis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2020- 2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan target yang sudah ditetapkan pada setiap indikator kinerja kegiatan dengan realisasi yang dicapai di tahun berjalan untuk memperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator kinerja. Hasil pengukuran kinerja tersebut selanjutnya dievaluasi dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di tahun selanjutnya, agar diperoleh hasil yang lebih baik dibandingkan dengan tahun ini.

Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program dan kegiatan kepada stakeholder baik internal maupun eksternal dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Revisi Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 - 2024 dan Penetapan Kinerja tahun berjalan.

Pengukuran kinerja yang dilakukan berdasarkan atas kontrak kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yang dimana didalamnya terdiri atas *Key Performance Indicator* yang telah ditetapkan dalam revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dan *Key Performance Indicator* tambahan yang merupakan mandatory dari direktorat jenderal pelayanan kesehatan.

Realisasi pencapaian target kinerja didukung dengan penambahan alokasi anggaran dari penambahan saldo awal dan ambang batas sehingga total realisasi anggaran untuk tahun 2024 adalah Rp. 1.425.541.634.305,- (95.21%) dari total anggaran Rp. 1.497.232.566.000,-

Berikut analisis capaian indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam revisi Rencana Strategis Bisnis 2020-2024 dan analisis capaian indikator kinerja tambahan yang merupakan mandatory dari direktorat jendelal pelayanan kesehatan :

## 1. Indikator Kinerja Utama (Key Performance Indicator)

Indikator kinerja Utama (*Key Performance Indicator*) yang dimaksud adalah indikator yang terdapat dalam Penetapan Kinerja (TAPJA) yang diperjanjikan antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam upaya pencapaian tujuan dan sasaran yang terdapat dalam Rencana Strategis Tahun 2020 - 2024. Capaian Indikator kinerja Utama (*Key Performance Indicator*) juga merupakan indikator outcome yang dibagi dalam 4 aspek yaitu sebagai berikut :

NO	INDIKATOR KINERJA	BOBOT	CAPAIAN
1	Aspek Stakeholder	26	26.81
2	Aspek Internal Bisnis Proses	33	31.37
3	Aspek Learning & Growth	31	31.74
4	Aspek Finance	10	5.05
<b>Total</b>		<b>100,00</b>	<b>94.98</b>

Pencapaian pada tahun 2024 secara keseluruhan mencapai 94.98 menurun jika dibandingkan dengan capaian di tahun 2023 (100.81). Tahun 2024 merupakan tahun ke lima atau tahun terakhir dari Rencana Strategis Bisnis Periode 2020-2024 yang merupakan upaya berkelanjutan dalam mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan yang diterjemahkan dalam sasaran strategis dan *Key Performance Indicator*. Berikut pemaparan capaian untuk tahun 2024 :

### a. Stakeholder

Indikator kinerja Utama (*Key Performance Indicator*) yang termasuk aspek Stakeholder dibagi dalam 2 sasaran strategis dengan 5 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET 2024	CAPAIAN 2024	%	Bobot (B)	% x B
<b>Terwujudnya Kepuasan Stakeholder</b>						
1	Indeks Kepuasan Pasien	90	91.43	101.59%	6	6.10
2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	90	83.6	92.89%	4	3.72
3	Indeks Kepuasan Staf	90	86.46	96.07%	5	4.80
<b>Terwujudnya layanan yang komprehensif, terpercaya dan berkeadilan</b>						
4	Persentase komplain yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	5	5.00
5	Persentase ketepatan waktu layanan	80%	97.07%	120%	6	7.20
<b>Total Skor</b>					<b>26</b>	<b>26.81</b>
<b>% Capaian Perspektif Stakeholder</b>					<b>103.13%</b>	

Pada sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder, total capaian seluruh indikator adalah 103.13% dari total bobot untuk perspektif stakeholder.

### 1. Indeks Kepuasan Pasien

Indeks kepuasan pasien diperoleh melalui survey kepuasan pasien yang mana pelaksanaan survey berdasarkan PermenPAN-RB nomor 14 tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Didalam peraturan ini nilai IKM dihitung dengan menggunakan nilai tertimbang masing-masing unsur pelayanan yang terdiri dari 9 unsur pelayanan antara lain 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, 9). Sarana dan prasarana.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan pasien	88	90.03	90	91.43	90	80

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa hasil survey diperoleh Indeks kepuasan pasien tahun 2024 memperoleh nilai 91.43 masuk dalam kategori kinerja layanan “Sangat Baik” dan Mutu Pelayanan “A”. Indeks kepuasan pasien mencapai target tahun 2024 yaitu indeks 90, sudah mencapai target jangka menengah (tahun 2024) dan melampaui target secara nasional yaitu 80. Capaian ini meningkat jika dibandingkan pada tahun 2023 diperoleh nilai 90.03. Dari hasil survey diperoleh bahwa secara keseluruhan berdasarkan unsur pelayanan diperoleh unsur terendah adalah unsur sarana dan prasarana. Dalam unsur sarana dan prasarana yang menjadi unsur penilaian adalah ruangan, toilet dan parkir, dimana parkir menjadi yang terendah. Unsur pelayanan yang tertinggi adalah unsur biaya. Berdasarkan instalasi pelayanan, instalasi Mother and child centre memperoleh nilai tertinggi dan terendah instalasi infection centre. Dan berdasarkan jenis layanan, tertinggi pada layanan rawat jalan dan terendah pada pelayanan gawat darurat.

**Analisa Kendala / hambatan :**

Unsur terendah dalam hasil penilaian kepuasan pasien adalah unsur sarana prasarana. Yang menjadi kendala sehingga unsur ini menjadi terendah adalah :

1. Ruang tunggu yang kurang memadai karena ruang tunggu yang dinilai kecil dan kurangnya kursi tunggu pasien
2. Lahan parkir yang kurang sehingga beberapa pasien terkadang sulit untuk mendapatkan parkir ataupun mendapatkan parkir yang letaknya jauh dari tujuan pasien.

**Upaya-upaya perbaikan**

1. Untuk pemenuhan kualitas pelayanan rawat jalan yang lebih baik, saat ini poliklinik rawat jalan telah pindah ke gedung baru pada bulan November 2024. Untuk itu pemenuhan akan kebutuhan pasien akan ruang tunggu diharapkan akan terpenuhi.
2. Untuk mengatasi permasalahan parkir telah dilakukan upaya perbaikan antara lain:
  - Kapasitas parkir yang disediakan untuk pasien lebih dari 70% dari lahan parkir yang tersedia
  - Telah disediakan valet parking
  - Telah dilakukan perbaikan sarana dan prasarana parkir
  - Telah dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelayanan parkir

**Rekomendasi**

Penambahan/pembangunan lahan parkir bekerjasama dengan pihak ketiga sesuai dengan tahapan yang direncanakan dalam masterplan RS

**2. Indeks Kepuasan Peserta Didik**

Kepuasan peserta didik adalah pernyataan tentang persepsi peserta didik selama dalam masa pendidikan terhadap pelayanan dan proses pendidikan yang diberikan rumah sakit. Survey kepuasan peserta didik mengacu pada teori kepuasan parasuraman dan permenPAN-RB no. 25 tahun 2004.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan peserta Didik	88	83.4	90	83.6	90	80

Indeks Kepuasan peserta didik tahun 2024 diperoleh nilai 83,6 masuk dalam kategori B (baik) namun tidak mencapai target tahun 2024. Capaian indeks kepuasan peserta didik meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2023 yang mencapai 83.4 dan masih dibawah target menengah (tahun 2024) namun secara nasional sudah mencapai target.

#### **Analisa Kendala / hambatan :**

Berdasarkan hasil survey, aspek *tangible* (keberwujudan) memperoleh nilai paling rendah. Aspek *tangible* (keberwujudan) yaitu ketersediaan sarana prasarana yaitu :

1. Ketersediaan kamar/ruang jaga yang memadai dan nyaman
2. Ketersediaan alat penunjang sesuai standar kebutuhan pendidikan
3. Kemudahan peserta didik memperoleh akses jaringan wifi, walaupun sudah disiapkan oleh rumah sakit namun karena banyaknya pengguna sehingga diharapkan dapat melakukan upgrade kecepatan internet
4. Menyediakan sarana pembelajaran yang memadai dan nyaman (ruang kuliah, diskusi)
5. Fasilitas ibadah di ruang jaga yang memadai utamanya untuk peserta didik wanita.

#### **Upaya-upaya perbaikan**

Untuk lebih meningkatkan kepuasan peserta didik telah dilakukan upaya diantaranya :

- Bekerja sama dengan manajemen kampus dalam pemenuhan alat dan perbaikan fasilitas untuk lebih mendukung proses pembelajaran peserta didik.

#### **Rekomendasi :**

- Meningkatkan peranan para dosen pembimbing di lapangan, hal ini sangat berpengaruh terhadap kepuasan peserta.

- Menjadikan hasil survey kepuasan sebagai acuan untuk dapat meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta didik bagi tenaga pendidika (dosen klinis).

### 3. Indeks Kepuasan Staf

Indeks kepuasan staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh karyawan terhadap 6 faktor yaitu : pekerjaan itu sendiri, upah/gaji, peluang untuk maju, supervise, rekan kerja dan keamanan dan kenyamanan kerja.

Dari hasil survey didapatkan bahwa, secara keseluruhan capaian kepuasan staf adalah indeks 3.47 dengan nilai 86,46 masuk dalam kategori A (baik). Capaian tertinggi pada Aspek Pengakuani dengan nilai 88,46 dan terendah pada Aspek tipe pekerjaan (83,90) dan rekan kerja (84,29).

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan Staf	88	82.5	90	86.46	90	80

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa capaian indikator indeks kepuasan staf 86,46 tidak mencapai target yang ditetapkan ditahun 2024 dan juga belum mencapai target jangka menengah namun sudah melampaui target secara nasional. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2023 indikator indeks kepuasan staf meningkat, capaian tahun 2023 adalah 82,5.

#### Kendala / Hambatan

Dari hasil survey didapatkan bahwa tingkat kepuasan staf dilihat dari indiaktor penilaian paling rendah adalah aspek tipe pekerjaan dan aspek rekan kerja. Dari Aspek tipe pekerjaan yang menjadi kendala adalah beberapa beranggapan bahwa pekerjaannya monoton, bekerja dibawah tekanan tinggi dan memiliki beban kerja yang berat. Sedangkan dari aspek rekan kerja, beberapa beranggapan bahwa kurangnya kerjasama diantara rekan kerja.

**Upaya-upaya perbaikan**

Untuk dapat meningkatkan kepuasan staf telah dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Melaksanakan *capacity building* sebagai upaya untuk meningkatkan komunikasi, motivasi, kinerja dan sinergi antar pegawai.

**Rekomendasi :**

- Melakukan Rotasi pegawai secara berkala sesuai dengan bidang keahlian
- Mendorong kolaborasi antara profesi dari berbagai bidang untuk dapat berbagi wawasan dan pengalaman serta menciptakan rasa keterhubungan yang lebih kuat.

**4. Persentase komplain yang ditindak lanjuti**

Definisi dari komplain yang dimaksud adalah komplain yang tertulis diterima oleh manajemen rumah sakit baik secara langsung maupun melalui kotak aspirasi, email atau surat. Yang dimaksud dengan ditindak lanjuti adalah dibahas oleh tim manajemen dengan hasil rencana aksi yang jelas dan terukur. Dengan perhitungan jumlah komplain yang ditindak lanjuti dibagi komplain yang diterima dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase komplain yang ditindak lanjuti	100%	100%	100%	100%	100%

Untuk capaian tahun 2024, KPI Persentase komplain yang ditindak lanjuti adalah 100% sesuai dengan target yang telah ditetapkan dan capaian yang sama dibandingkan dengan tahun 2023 dan telah mencapai untuk target jangka menengah.

Dalam rangka mempercepat penanganan komplain RSUP Dr. Wahidin Sudiorhusodo Makassar telah memanfaatkan berbagai sarana prasarana yang dapat memudahkan pasien untuk menyampaikan komplain melalui antara lain :

1. Aplikasi mobile antrian online RSSWS
2. Media website <http://rsupwahidin.com>

3. QR barcode yang dipasang di ruang-ruang perawatan, nurse station dan di costumer service.
4. Call Centre, telpon (0411-58333/0411-582888), SMS dan WA (0811-509-2222)
5. Petugas di unit-unit pelayanan, costumer service dan bagian Hubungan Masyarakat (HUMAS).

#### 5. Persentase Ketepatan waktu layanan

Ketepatan waktu layanan adalah ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada customer baik internal maupun eksternal. Ketepatan waktu layanan yang dimaksud adalah :

- Layanan Rawat Jalan dengan indikator waktu tunggu rawat jalan
- Layanan Gawat Darurat dengan indikator emergency respon time I
- Layanan Gawat Darurat dengan indikator emergency respon time II
- Layanan Resep obat jadi dengan indikator waktu tunggu obat jadi
- Layanan radiologi dengan indikator waktu tunggu radiologi
- Layanan laboratorium dengan indikator waktu tunggu laboratorium
- Layanan Operasi dengan indikator waktu tunggu operasi elektif.

Dengan perhitungan : Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar waktu pelayanan dibagi jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase ketepatan waktu layanan	80%	80,71%	80%	97,07%	80%

Dari tabel diatas Target persentase ketepatan waktu layanan tahun 2024 adalah 80% dengan capaian 97,07%, sudah memenuhi target yang telah ditetapkan dan meningkat bila dibandingkan dengan capaian tahun 2024 dan mencapai target jangka menengah.

#### b. Internal Bisnis Proses

Indikator kinerja Utama (*Key Performance Indicator*) yang termasuk aspek Internal Bisnis Proses dibagi dalam 6 sasaran strategis dengan 7 indikator dengan diuraikan sebagai berikut :

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET 2024	CAPAIAN 2024	%	Bobot (B)	% x B
<b>Pengembangan Jantung Terpadu dan Mother &amp; Child Centre sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara</b>						
1	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Jantung Terpadu	10%	7.93%	79.30%	5	3.97
2	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother & Child Centre	10%	9.36%	93.60%	5	4.68
<b>Pengembangan layanan inovatif pada segmen baru</b>						
3	Jumlah layanan inovatif baru	2	2	100%	4	4.00
<b>Peningkatan kerjasama pendidikan dan penelitian berkelanjutan</b>						
4	Jumlah penelitian klinis di layanan Unggulan	3	59	120%	4	4.80
<b>Peningkatan Kepatuhan DPJP</b>						
5	Persentase kepatuhan DPJP di poliklinik sesuai jadwal	75%	82%	109.33%	6	6.56
<b>Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif</b>						
6	Persentase pertumbuhan pasien	20%	11.15%	55.75%	5	2.79
<b>Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)</b>						
7	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	4	4
<b>Total Skor</b>					<b>33</b>	<b>30.79</b>
<b>% Capaian Perspektif Internal Bisnis Proses</b>					<b>93.31%</b>	

Total capaian untuk 6 sasaran strategis pada perspektif internal bisnis proses adalah 93.31% dari total bobot perspektif, belum mencapai target. Dari 7 indikator pada internal bisnis proses ada 3 indikator yang tidak mencapai target. Berikut diuraikan capaian per masing-masing indikator :

1. Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan jantung terpadu

Dalam rangka pencapaian tujuan strategis yaitu Terwujudnya RS Rujukan terkemuka di Asia Tenggara dengan layanan paripurna, Pusat Jantung terpadu merupakan salah satu layanan unggulan yang diharapkan dapat diperluas cakupan layanannya mencakup Asia Tenggara.

Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan unggulan jantung terpadu dengan membandingkan jumlah pasien tahun berjalan dan jumlah pasien tahun sebelumnya. Dengan Formula :

$$\frac{\text{Jumlah pasien tahun berjalan} - \text{jumlah pasien tahun lalu}}{\text{Jumlah pasien tahun lalu}} \times 100\%$$

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan pusat jantung terpadu	10%	19,50%	10%	7.93%	10%

Capaian pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Jantung Terpadu Tahun 2024 adalah 7,93% tidak mencapai target tahun yang ditentukan sebesar 10% dan menurun dibandingkan tahun 2023.

**Kendala / Hambatan :**

Tidak tercapainya pertumbuhan pasien di layanan jantung terpadu dipengaruhi oleh rendahnya pertumbuhan pasien rawat jalan hanya 4,81%. Adapun kendala yang menjadi hambatan adalah :

- Adanya sistem rujukan berjenjang dan adanya keterbatasan pemberian obat pada pasien JKN, sebagian besar pasien rawat jalan JKN memilih untuk di rujuk balik lanjut berobat didaerah masing-masing, hampir disetiap kabupaten telah memiliki dokter spesialis jantung.
- Layanan pasien jantung anak Pusat Jantung Terpadu telah berpindah ke rawat jalan mother and child centre

**Upaya-upaya perbaikan**

Untuk langkah-langkah sebagai berikut :

- Menambah layanan poliklinik baru di polik jantung yaitu poliklinik Aritmia
- Merencanakan pasien fast track untuk layanan tindakan Intervensi jantung
- Meningkatkan frekwensi operasi jantung untuk mengurangi antrian
- Meningkatkan Jumlah Bed ICU Jantung dan CVCU

**Rekomendasi :**

- Meningkatkan kerjasama dengan FKTRL dibawah ampuan RS Wahidin

2. Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre

Layanan Mother and Child Centre merupakan salah satu layanan unggulan yang diharapkan mampu bersaing di kawasan Asia Tenggara.

Layanan mother and child centre telah menjalin kerjasama internasional dengan Chiba University Hospital. Hal ini menunjukkan komitmen manajemen RSUP Dr. Wahidin Suirohusodo Makassar untuk menyediakan layanan bertaraf internasional sehingga mampu bersaing dikawasan Asia Tenggara. Layanan yang menjadi unggulan di Mother and Child Centre yang antara lain Obstetric Emergency, Gynecologic Oncology, Birth Defect Integreted Centre (BIDIC). Pada tahun 2024 layanan mother and child centre telah mengembangkan layanan Mother and Child Centre dengan membangun gedung baru dengan dana PHLN dari Islamic Development Bank (IsDB) yang telah diresmikan oleh bapak Presiden RI, Ir. H. Joko Widodo pada bulan September tahun 2024

Indikator pertumbuhan jumlah pasien pada layanan unggulan Mother and Child Centre dihitung dengan membandingkan jumlah pasien tahun berjalan dan jumlah pasien tahun sebelumnya. Dengan Formula :

$$\frac{\text{Jumlah pasien tahun berjalan} - \text{jumlah pasien tahun lalu}}{\text{Jumlah pasien tahun lalu}} \times 100\%$$

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre	4%	19,90%	10%	9.36%	10%

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa capaian pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre Tahun 2024 adalah 9.36% belum mencapai target tahun 2024 yang ditentukan sebesar 10% dan sudah melampaui target jangka menengah 10% dan menurun jika dibandingkan tahun 2023.

**Kendala / Hambatan :**

Tidak tercapainya pertumbuhan pasien di layanan jantung terpadu dipengaruhi oleh rendahnya pertumbuhan pasien rawat rawat inap hanya 7,44%. Adapun kendala yang menjadi hambatan adalah jumlah tempat tidur rawat inap mother and child yang terbatas dengan BOR tahun 2024 sebesar 82,88% dengan TOI 1,10 hari, dimana rawat inap anak mencapai BOR 93,18% dengan TOI 0,44 hari tidak memungkinkan untuk penambahan jumlah pasien rawat inap yang lebih banyak.

**Upaya-upaya perbaikan**

Untuk langkah-langkah sebagai berikut :

- Pembangunan gedung baru mother and child centre
- Penambahan kapasitas secara umum Bed pasien di layanan MOCHIL
- Mengopersikan layanan poliklinik baru di Mochil
- Meningkatkan perfoma pemberi pelayanan pasien untuk peningkatan kepuasan pasien

**Rekomendasi :**

- Mengoptimalkan layanan rawat inap mother and child dengan segera memanfaatkan gedung rawat inap di gedung baru.

## 3. Jumlah layanan inovatif baru

Yang dimaksud dengan layanan inovatif baru adalah layanan baru dengan memanfaatkan sumber daya Rumah sakit yang belum teroptimalkan. Layanan inovatif termasuk layanan penunjang medik. Untuk tahun 2024 ditargetkan 2 layanan dan sudah mencapai target untuk tahun 2024, layanan inovatif baru tersebut adalah Sertifikasi CPOB (Cara pembuatan obat yang baik) Unit Transfusi darah dan Fast Track pusat jantung terpadu.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Jumlah Layanan Inovatif Baru	2	2	2	2	2

Dari tabel diatas terlihat Jumlah inovatif baru ditargetkan 2 setiap tahunnya dan mencapai target ditahun 2024 dan tahun 2023 serta ditargetkan pada jangka menengah 2 layanan baru.

## 1. Sertifikasi CPOB (Cara pembuatan obat yang baik)

Sertifikasi CPOB didapatkan pada bulan Agustus tahun 2024 dari BPOM (Badan Pengawasan Obat dan Makanan). Dengan adanya sertifikat ini memungkinkan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar mengembangkan produksi fraksionasi plasma, produksi obat berbasis darah secara mandiri. Salah satu tindakan baru dengan adanya CPOB ini adalah therapy plasma exchange/therapy apharesis.

## 2. Fast Track Layanan

Untuk meningkatkan kualitas layanan dan efisiensi layanan dibuatlah suatu inovasi layanan pasien yaitu FAST TRACK. Fast Track adalah salah satu inovasi sistem antrian pasien rawat inap yang bertujuan untuk mengurangi lama antrian pasien rawat inap dan mengurangi waktu tunggu antrian dan menjamin kepastian jadwal operasi. Pasien yang masuk kategori fast track adalah pasien dengan beberapa kondisi tertentu yang membutuhkan jalur cepat dengan kriteria:

- Bersedia mengikuti program fast track
- Bersedia dirawat diruangan fast track
- Tidak ada diagnose sekunder atau terkontrol
- Lama hari rawat kurang dari 5 hari
- Tidak ada perencanaan perawatan ICU
- Tidak membutuhkan BMHP khusus/sulit

## 4. Jumlah penelitian klinis di layanan unggulan

Penelitian yang dimaksud adalah penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa, dosen maupun pegawai yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional. Penelitian klinis yang dimaksud adalah penelitian yang berkaitan dengan layanan untuk meningkatkan kinerja layanan dari segi kualitas, waktu atau biaya. Unit layanan unggulan adalah centre of excellent yang terdiri atas Pusat Jantung Terpadu, Private Care Center, Mother and Child Center, Gastro enteropatologi Center, intensive Care Centre, Infection Centre dan Brain Center.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Jumlah penelitian klinis dilayanan unggulan	3	20	3	59	3

Capaian tahun 2024 untuk KPI Jumlah penelitian klinis dilayanan unggulan adalah 59 penelitian sudah mencapai target bahkan melebihi dari 3 penelitian yang ditargetkan. Bila dibandingkan dengan tahun 2023 capaiannya meningkat, tahun 2023 terdapat 20 penelitian klinis di layanan unggulan.

Untuk meningkatkan minat penelitian di rumah sakit, dilakukan upaya-upaya antara lain :

- Mengadakan kompetisi proposal penelitian
- Menyediakan wadah publikasi jurnal penelitian melalui Jurnal Wadi Husada
- Mengadakan workshop metodologi penelitian dan penulisan jurnal untuk staf RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo
- Bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar dalam pengembangan penelitian kesehatan
- Melakukan monitoring dan evaluasi clinical research unit

Adapun rekomendasi yang diusulkan :

- Pemenuhan sarana pendukung penelitian
- Mengembangkan keterampilan staf rumah sakit dalam melakukan penelitian dengan memberikan pelatihan yang secara rutin.

5. Persentase kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai jadwal dan tepat waktu.

DPJP atau Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah dokter dengan kompetensi yang telah ditentukan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan dan pengelolaan asuhan medis seorang pasien. Perhitungan persentase kepatuhan DPJP di poliklinik sesuai jadwal adalah jumlah DPJP yang melayani sesuai jadwal dan tepat waktu dibagi jumlah DPJP yang bertugas sesuai jadwal di poliklinik rawat jalan dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai dengan jadwal dan tepat waktu	70%	77%	75%	82%	75%

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa capaian tahun 2024 diperoleh nilai 82% telah melebihi dari target yang ditentukan yaitu 75% dan telah melebihi target jangka menengah dan meningkat menurun dibandingkan capaian tahun 2023, tahun 2022 diperoleh nilai 77%.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk dapat mencapai target tahun 2024 diantaranya adalah sosialisasi kepada DPJP tentang pengaturan jadwal poliklinik, jadwal visited pasien rawat inap dan jadwal operasi ke setiap Kelompok Staf Medis, sehingga jadwal DPJP tidak saling tumpang tindih.

## 6. Persentase Pertumbuhan Pasien

Persentase pertumbuhan pasien adalah jumlah pasien tahun berjalan dibandingkan dengan tahun sebelumnya apakah terjadi pertumbuhan atau tidak. Adapun formula perhitungan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah pasien tahun berjalan}}{\text{Jumlah pasien tahun lalu}} \times 100\%$$

Capaian persentase pertumbuhan pasien Tahun 2024 adalah 11,15% belum mencapai target tahun 2024 yang ditentukan sebesar 20% dan menurun jika dibandingkan tahun 2023 dan tidak mencapai target jangka menengah.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase Pertumbuhan Pasien	5%	24,91%	20%	11.15%	20%

### Kendala/hambatan :

- Kapasitas tempat tidur rawat inap yang terbatas dipengaruhi oleh adanya renovasi secara bertahap ruang rawat inap untuk memenuhi standar Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). Dengan adanya renovasi ruang rawat inap ke kelas standar mengurangi jumlah tempat tidur rawat inap.

### Upaya Tindak Lanjut :

Untuk keberhasilan pencapaian target Indikator ini telah dilakukan upaya-upaya antara lain :

- Optimalisasi ruang rawat inap yang ada antara lain penambahan jumlah Bed ICU Jantung dan CVCU, pengalihan tempat tidur dari ruangan yang direnovasi ke ruangan rawat inap yang telah direnovasi menurut standar KRIS
- Pengaktifan kembali Manajer Pelayanan Pasien untuk mengontrol *Length Of Stay* (LOS).

- Peningkatan sumber daya dengan melakukan inovasi layanan dan pemenuhan alat-alat kesehatan canggih dan terus melakukan perbaikan fasilitas sarana dan prasarana rumah sakit yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.
- Melakukan promosi layanan kesehatan terutama layanan unggulan dan alat-alat canggih dengan memanfaatkan teknologi digital melalui media 34 ogist, webinar kesehatan dan edukasi kesehatan baik internal maupun eksternal
- Memaksimalkan potensi kerjasama dengan asuransi dan mitra potensial lainnya.

**Rekomendasi :**

- Mengoptimalkan layanan rawat inap dengan segera memanfaatkan gedung rawat inap di gedung baru mother and child.

7. Persentase temuan Monev kinerja yang ditindak lanjuti.

Yang dimaksud dengan Monev kinerja yang ditindak lanjuti adalah monev yang mengacu kepada rencana *Action For Improvement* (AFI) beserta time line tindak lanjut yang sudah ditetapkan secara tertulis. Perhitungan KPI ini adalah jumlah temuan monev kinerja yang sudah ditindak lanjuti dibagi jumlah temuan monev kinerja dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	90%	98%	100%	100%	100%

Hasil perhitungan capaian KPI tahun 2024 adalah 100% sudah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2024 yaitu sebesar 100% dan meningkat dibandingkan tahun 2023 dan telah mencapai target jangka menengah.

### c. Learning and Growth

Dalam aspek *Learning and Growth* terdapat 4 sasaran strategis dan 6 (enam) *Key Performance Indicator*. Pencapaian sasaran strategis dan *Key Performance Indicator* diuraikan sebagai berikut :

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET 2024	CAPAIAN 2024	%	Bobot (B)	% x B
Pengembangan SIMRS menuju SMART Hospital						
1	Jumlah modul mobile application yang diimplementasikan	3	3	100	4	4,00
Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat						
2	OEE Alat Medik Utama	95%	94.45%	99.42	6	5.97
3	OEE prasarana utama	98%	96.56%	98.53	6	5.91
Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi						
4	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standar	80%	100%	120	5	6
5	Jumlah layanan pada pusat jantung terpadu dan Mother and child centre yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	100%	100%	100	4	4
Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia						
6	Jumlah rumah sakit jejaring yang diampuh	6	9	120	6	7.20
<b>Total Skor</b>					<b>33</b>	<b>31</b>
<b>% Capaian Perspektif Learning &amp; Growth</b>					<b>103.44</b>	

#### 1. Jumlah modul *mobile application* yang diimplementasikan

Definisi dari Modul *mobile application* yang diimplementasikan adalah modul aplikasi yang mampu dipergunakan dengan perangkat mobile seperti smartphone. Ditargetkan di tahun 2024 adalah 3 modul dan sudah terealisasi 3 modul. Modul *mobile application* tersebut adalah pengembangan ambulance mobile, e-office mobile dan sistem donor darah mobile. Pada tahun 2023 Modul *mobile application* adalah remunerasi mobile, ambulance mobile dan *Chest Pain Relieve Response* (CPPR) mobile.

#### 2. OEE alat Medik Utama

Definisi alat medik utama adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta. OEE atau *Overall Equipment Effectiveness* adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : *Availability*, *Performance* dan *Quality*.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah	Standar Internasional
OEE alat medik utama	94,7%	94,92%	95%	94,45%	95%	85%

Capaian perhitungan OEE alat medik utama tahun 2024 adalah 94,45%, tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dan menurun bila dibandingkan tahun 2023 dimana hasil yang diperoleh adalah 94,92%. Belum mencapai target menengah namun sudah melampaui standar OEE menurut *benchmark world class* yaitu 85%.

**Kendala/hambatan :**

Capaian perhitungan OEE peralatan medik utama yang terendah adalah alat ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy) di instalasi rawat jalan sebesar 72,64%. Hal ini disebabkan alat ESWL mengalami kerusakan sehingga tidak dapat beroperasi selama 1 bulan.

**Upaya tindak lanjut :**

Untuk mengatasi masalah kerusakan alat ESWL, telah dilakukan perbaikan dan penggantian motorize dan penggantian peluru bekerjasama dengan teknisi dari perusahaan terkait.

**Rekomendasi :**

- Dilakukan pengecekan dan maintenance alat secara berkala
- Bekerjasama dengan distributor alat untuk memastikan ketersediaan suku cadang alat sehingga kerusakan bisa segera diatasi.

3. OEE prasarana utama

Yang dimaksud dengan prasarana utama adalah air, listrik dan gas medik. OEE atau *overall equipment effectiveness* adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu *Availability, Performance dan Quality*.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah	Standar Internasional
OEE prasarana utama utama	97,7%	97,98%	98%	96.56%	98%	85%

Target KPI OEE prasarana utama tahun 2024 adalah 98% dan diperoleh hasil 96,56% tidak mencapai target dan menurun dibandingkan capaian tahun tahun 2023. Hasil perhitungan OEE prasarana utama juga belum mencapai target jangka menengah namun sudah melebihi dari standar OEE menurut *benchmark world class* yaitu 85%.

**Kendala/hambatan :**

Capaian perhitungan OEE prasarana utama yang terendah adalah listrik sebesar 95,22%. Hal ini disebabkan adanya gangguan sistem kelistrikan di beberapa titik di rumah sakit.

**Upaya tindak lanjut :**

Untuk mengatasi masalah gangguan kelistrikan, telah dilakukan perbaikan dengan mengganti kubikel di 2 gardu listrik rumah sakit dan mengaktifkan genzet yang tersedia.

**Rekomendasi :**

- Dilakukan pengecekan dan maintenance sistem kelistrikan secara berkala
- Memastikan alat bantu kelistrikan dapat berfungsi dengan baik

4. Persentase staf yang memiliki sertifikasi sesuai standar

Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah tenaga kesehatan yang bekerja pada area kritis di area rumah sakit. Standar ditentukan sesuai kebutuhan kompetensi jabatan masing-masing jenis tenaga kesehatan.

Adapun formula dari indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah tenaga kesehatan yang tersertifikasi sesuai standar pada area kritis}}{\text{Total tenaga kesehatan pada area kritis}} \times 100\%$$

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase tenaga kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standar	75%	96,89%	80%	100%	80%

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa target tahun 2024 adalah 80% dan sudah mencapai target yang ditentukan bahkan melebihi dari target dan dari target jangka menengah hasil yang dicapai adalah 100%. Capaian indikator ini meningkat dibandingkan tahun 2023, dimana capaian tahun 2023 sebesar 96,89%. Upaya yang telah dilakukan sehingga capaian indikator meningkat ditahun 2024 adalah membuat pemetaan kompetensi dan kebutuhan pelatihan pegawai di area kritis guna pemenuhan sertifikasi kompetensi pegawai sesuai standar.

5. Jumlah layanan pada pusat jantung terpadu dan *mother and child centre* yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional

Jumlah layanan adalah seberapa banyak layanan pada area Pusat Jantung Terpadu dan *Mother and Child Centre* yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa Internasional (Bahasa Inggris) untuk dapat berkomunikasi dengan pasien dan keluarga.

Adapun formula dari indikator ini adalah :

$$\frac{\text{Jumlah area layanan yang memiliki SDM dengan Kemampuan berbahasa internasional}}{\text{Jumlah Total Layanan}} \times 100\%$$

Target tahun 2024 untuk indikator ini adalah 100%. Dari tabel dibawah dapat terlihat bahwa hasil yang dicapai adalah 100% sudah memenuhi target yang telah ditentukan ditahun 2024 dan meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2023.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Jumlah layanan pada pusat jantung terpadu dan mother and child centre yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	90%	76%	100%	100%	100%

Berbagai upaya telah dilakukan untuk dapat memenuhi target ini diantaranya :

- Mengidentifikasi layanan yang memiliki SDM dengan kemampuan bahasa internasional
- Mengidentifikasi kebutuhan berbahasa internasional di unit layanan unggulan
- Mengikut sertakan staf pegawai dilayanan unggulan utamanya di Pusat jantung terpadu dan *mother and child centre* dalam *English Course* bekerja sama dengan lembaga kursus bersertifikasi.

#### 6. Jumlah rumah sakit jejaring yang diampu

Jumlah rumah sakit jejaring yang diampu adalah jumlah rumah sakit yang telah dilakukan pengampuan yang berada diwilayah Indonesia Timur berdasarkan rencana tahunan pengampuan. Dengan formula adalah jumlah rumah sakit yang sudah dilakukan pengampuan.

Pada tahun 2024 target 6 rumah sakit jejaring yang diampu dan telah mencapai target bahkan melebihi, capaian tahun 2024 adalah 9 rumah sakit. Rumah sakit jejaring yang diampu antara lain :

1. RSUD Lamadukelleng sengkang
2. RSUD Batara Guru, Luwu
3. RSUD Sawerigading kota palopo
4. RSUD Hajja Andi Depu, Polewali
5. RSUD Padjonga dg Ngalle, Takalar
6. RSUD Lanto dg Pasewang, Jeneponto
7. RSUD Sultan dg Radja, Bulukumba
8. RSUP Johannes Leimena, Ambon
9. RSUD Haulussy, Ambon

Untuk mengoptimalkan pengampuan pada rumah sakit jejaring, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2024 membentuk jaringan komunikasi dengan rumah sakit jejaring yang diampu serta melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala pada rumah sakit jejaring yang diampu.

#### d. **Finance**

Pada aspek *Finance* terdapat satu sasaran strategis dan dua *key performance indicator*, sebagai berikut :

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET	CAPAIAN	%	Bobot (B)	% x B
Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kendali mutu dan kendali biaya						
1	POBO	90	77,35%	85.95%	5	4,30
2	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBPN	30	30.03%	99.90%	5	5
<b>Total Skor</b>					<b>10</b>	<b>9.29</b>
<b>% Capaian Perspektif Finance</b>					<b>92,92%</b>	

#### 1. Pendapatan Operasional Biaya Operasional (POBO)

Definisi POBO adalah jenis analisis keuangan yang membandingkan antara pendapatan operasional dengan biaya operasional, dengan perhitungan pendapatan operasional dibagi dengan biaya operasional pada tahun berjalan dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
POBO	88%	84,97%	90%	77.35%	90%

Dari tabel diatas dapat terlihat, tahun 2024 POBO ditargetkan 90% dan diperoleh capaian 77,35%, belum mencapai target yang ditentukan dan menurun bila dibandingkan capaian tahun 2023, capaian tahun 2023 diperoleh 84,97% dan belum mencapai target jangka menengah.

#### **Kendala/hambatan :**

Tidak tercapainya target POBO dipengaruhi oleh :

- Tingginya beban persediaan farmasi dikarenakan naiknya harga obat dan BMHP, pemeriksaan penunjang yang belum terkendali serta rendahnya kualitas klaim JKN yang memiliki 90% dari porsi pendapatan rumah sakit
- Tingginya beban pegawai disebabkan oleh penambahan jumlah ASN belum diikuti dengan peningkatan produktifitas.

#### **Upaya tindak lanjut :**

- Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya terutama obat dan bahan habis pakai

- Melakukan evaluasi secara berkala terhadap terhadap proses pengadaan bahan farmasi melalui TERSOTTA (Tata kelola Rantai Pasokan Farmasi Terintegrasi)
- Sosialisasi kepada seluruh DPJP terkait regulasi FORNAS
- Melakukan optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihan
- Mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan asset yang dapat menghasilkan pendapatan

**Rekomendasi :**

- Melakukan perencanaan dan pengelolaan barang farmasi yang efektif dan efisien
- Evaluasi kepatuhan clinical pathway, formularium nasional dan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA).
- Mengevaluasi ulang biaya pegawai terutama pada biaya lembur pegawai dan pemberian insentif tambahan pada pegawai

2. Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP

Pembelanjaan farmasi adalah total belanja obat, alkes dan bahan medik habis pakai yang dilaksanakan oleh instalasi farmasi pada tahun berjalan. Perhitungan persentase perbelanjaan farmasi terhadap PNBP adalah jumlah perbelanjaan farmasi dibagi total PNBP dikali 100%.

Indikator	Target 2023	Capaian 2023	Target 2024	Capaian 2024	Target Menengah
Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP	33%	37%	30%	30.03%	30%

Untuk indikator ini ditetapkan target tahun 2024 sebesar 30%. Capaian tahun 2024 belum mencapai target dengan perolehan sebesar 30.03% namun meningkat bila dibandingkan tahun 2023 diperoleh 37%, dan belum mencapai target jangka menengah.

**Kendala/Hambatan :**

- Adanya kenaikan harga obat satuan dan belanja obat yang tidak bisa diklaim ke BPJS karena tidak sesuai fornasi
- Peningkatan mendadak dalam jumlah pasien penyakit tertentu dapat menyebabkan permintaan obat melampaui stok yang tersedia

**Upaya perbaikan :**

- Melakukan negosiasi kontrak yang menguntungkan dengan pemasok termasuk harga tetap, syarat pembayaran dan waktu pengiriman barang yang jelas
- Melakukan pemantauan secara berkala terhadap tingkat stok dan pola kebutuhan untuk identifikasi masalah ssejak dini
- Melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan obat dan BMHP
- Mengoptimalkan stock opname secara berkala untuk memastikan ketersediaan dan kecukupan barang dan pengecekan expire date.
- Meningkatkan kemampuan manajemen logistic untuk pengelolaan persediaan farmasi

**Rekomendasi :**

- Implementasi pedoman penggunaan obat yang rasional dan berbasis bukti untuk meminimalkan pemborosan
- Implementasi sistem forecasting yang baik untuk memprediksi kebutuhan obat dan alat kesehatan dan melakukan perencanaan secara akurat

**Key Performance Indikator Mandatori**

*Key Performance Indikator* Mandatori merupakan indikator tambahan yang merupakan mandatory dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebanyak 22 Indikator yang mana indikator tersebut ditetapkan dalam kontrak kinerja antara direktur jenderal pelayanan kesehatan dan direktur utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2024. *Key Performance Indikator* tersebut antara lain :

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2023	CAPAIAN 2023	PERSENTASE CAPAIAN
1	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	<2,5	1.75	120%
2	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2	2	100%
3	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%	-7.46%	0%
4	Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata utama	1	1	100%
5	Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata madya	4	1	25%

6	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%	11%	18.33%
7	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, Radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal	100%	100%	100%
8	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%	51%	120%
9	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional	1 layanan	1	100%
10	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%	87.24%	109.05%
11	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%	100%	100%
12	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%	98%	50%
13	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%	50%	103.87%
14	Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standard	90%	93.48%	110.86%
15	Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standard	90%	99.77%	53.85%
16	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%	53.85%	99.60%
17	Capaian hasil survey budaya keselamatan	>75%	75%	100%
18	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%	33.33%	109.14%
19	Persentase realisasi target pendapatan BLU	>90%	99%	103.13%
20	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	96%	92.59%	102.88%
21	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	90%	-10%	0%
22	Persentase nilai EBITDA margin	15%	-9%	0%
<b>RATA - RATA</b>				<b>80.96%</b>

Rata-rata capaian untuk Key Performance Indikator yang merupakan mandatory dari Dirjen Pelayanan Kesehatan adalah 80.43% dimana dari 22 indikator ada 8 Indikator yang tidak mencapai target. Berikut diuraikan capaian per masing-masing indikator :

#### 1. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Persentase NDR (*Net Death Rate*) di Rumah Sakit Vertikal adalah jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam dalam tahun

berjalan. Net Death Rate adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat tiap-tiap 1000 penderita keluar.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih  
Dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun}}{\text{Jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati)  
Dalam waktu 1 tahun}} \times 100\%$$

Dengan catatan, jika capaian NDR tahun 2024  $\geq 2,5$  maka rumah sakit tetap mencapai indikator ini jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5%. Adapun cara perhitungan :

$$\text{Persentase NDR tahun 2023} - \text{Persentase NDR tahun 2024}$$

Target indikator ini pada tahun 2024 adalah  $< 2,5$ . Realisasi capaian tahun 2024 adalah 1,75%, sudah mencapai target yang ditentukan.

Pencapaian target ini tidak lepas dari upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi mencapai target antara lain :

- Melakukan koordinasi dengan rumah sakit perujuk dan atau dinas kesehatan setempat untuk memaksimalkan perawatan pasien terutama dengan komplikasi berat sebelum dirujuk.
  - Penambahan sarana dan prasarana terutama ruang perawatan ICU dan HCU
  - Melakukan pengampunan rumah sakit jejaring sehingga kasus-kasus pasien paliatif dapat ditangani di rumah sakit-rumah sakit daerah.
2. Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

Indikator Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit adalah hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada rumah sakit umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan. Adapun cara perhitungannya adalah jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirimkan ke direktorat pelayanan kesehatan rujukan.

Tahun 2024 indikator ini ditargetkan 2 laporan yang dilaporkan pada setiap semester tahun 2024. Hasil yang diperoleh adalah 2 laporan hasil audit medis yang dilaporkan. Sudah mencapai target dan meningkat dibandingkan tahun 2023.

Laporan audit kasus yang dilaporkan adalah audit klinis penyakit ginjal dengan indikasi TPG

### 3. Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN

Yang dimaksud pasien non JKN dalam indikator ini adalah seluruh pasien yang menggunakan cara bayar umum dan asuransi lainnya selain JKN. Adapun cara perhitungan indikator ini adalah Jumlah kunjungan pasien non JKN tahun berjalan dikurangi jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu dibagi jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu dikali 100.

Tahun 2024 target indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN adalah 10%, capaian realisasi didapatkan -7,46 % belum mencapai target tahun 2024. Dari data ini diketahui bahwa kunjungan pasien non JKN menurun bila dibandingkan tahun sebelumnya.

#### **Kendala/hambatan :**

Bila data pertumbuhan pasien non JKN, pasien percara bayar umum yang tidak bertumbuh (-19,92%). Pasien asuransi lainnya bertumbuh 60,81% namun dari segi jumlah pasien percara bayar umum lebih banyak bila dibandingkan pasien percara bayar asuransi lainnya. Adapun yang menjadi kendala dari tidak tercapainya indikator ini adalah :

- Adanya persaingan dengan rumah sakit pemerintah dan swasta
- Belum optimalnya sistem pemasaran rumah sakit

#### **Upaya tindak lanjut :**

- Memperbaiki fasilitas pelayanan dan budaya kerja pegawai
- Meningkatkan kinerja Tim Promkes dan Humas untuk menarik kerjasama dengan asuransi penjamin kesehatan non JKN
- Meninjau ulang tarif layanan eksekutif
- Menambah layanan baru
- Menyediakan parkir valet bagi pasien

#### **Rekomendasi :**

- Melakukan rebranding rumah sakit untuk membentuk persepsi baik terhadap rumah sakit.
- Melakukan inovasi layanan dengan memanfaatkan teknologi informasi bidang kesehatan
- Perbaiki sarana, prasarana dan seleksi pegawai di Layanan Eksekutif.

#### 4. Jumlah rumah sakit yang dibina dan mencapai strata utama

Jumlah rumah sakit yang dibina dan mencapai strata utama adalah rumah sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal dalam hal ini RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dimana rumah sakit yang menjadi target terdapat dalam Keputusan menteri kesehatan.

Cara perhitungannya adalah jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal dengan target tahun 2024 adalah 1 rumah sakit. Capaian indikator tahun 2024 adalah 1 rumah sakit yaitu RSUP Johannes Leimena, Ambon.

#### 5. Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata madya

Jumlah rumah sakit yang dibina dan mencapai strata madya adalah rumah sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal dalam hal ini RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dimana rumah sakit yang menjadi target terdapat dalam Keputusan menteri kesehatan.

Cara perhitungannya adalah jumlah rumah sakit yang tercapai strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal dengan target tahun 2024 adalah 4 rumah sakit. Capaian indikator tahun 2024 adalah 1 rumah sakit yaitu RSUD sawerigading, kota Palopo provinsi Sulawesi Selatan. Belum memenuhi dari target yang ditentukan

Untuk mencapai target RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo telah melakukan visitasi sebagai langkah awal inisiasi menjalankan program pengampuan layanan dan selanjutnya membangun komitmen bersama terwujudnya program pengampuan dengan penandatanganan perjanjian kerja sama (PKS). Keberhasilan program pengampuan memerlukan kerjasama dan kesiapan dari rumah sakit pengampu dan rumah sakit binaan.

##### **Kendala / hambatan :**

- Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan SDM dan Sarana Prasarana dan Alat untuk memenuhi kriteria meningkatkan strata rumah sakit.

##### **Upaya tindak lanjut :**

- Melakukan visitasi secara berkala di rumah sakit yang diampu
- Mengadakan kerjasama pendidikan dan pelatihan bagi SDM rumah sakit yang diampuh sesuai dengan kompetensi SDM yang dibutuhkan untuk meningkatkan strata rumah sakit yang di targetkan

- Kerjasama dalam kegiatan pelayanan / pendampingan tindakan medik sebagai upaya peningkatan kapasitas rumah sakit sesuai dengan strata rumah sakit yang ditargetkan.

**Rekomendasi :**

- Kerjasama dengan rumah sakit pengampu regional dalam bentuk sister hospital terkait pembukaan layanan sesuai dengan strata rumah sakit yang ditargetkan.
- Perlunya penambahan Sarana, prasarana dan alat (SPA) dan SDM untuk memenuhi persyaratan peningkatan strata sesuai dengan strata rumah sakit yang ditargetkan rumah sakit yang diampu.
- Melakukan koordinasi dengan pimpinan daerah untuk meningkatkan komitmen peningkatan kualitas RSUD.

6. Persentase kasus Sectio Secaria Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

Indikator persentase kasus Sectio Secaria Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit merupakan sectio kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan section diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi section darurat dengan status kesehatan fisik pre-operasi ASA 1 dan ASA 2.

Sectio kategori 1 adalah fetal distress menetap, prolapse tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan pendarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam section kategori 1, section 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 (dihapus).

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah kasus SC emergensi kategori 1 dengan Waktu maksimal 30 menit (selama 1 tahun)}}{\text{Total penanganan kasus emergensi SC kategori 1 (selama 1 tahun)}} \times 100$$

Perhitungan indikator ini tahun 2024 diperoleh hasil 11% belum mencapai target yang ditentukan pada tahun 2024, target yang ditentukan adalah 60%.

**Kendala :**

- Kamar operasi yang digunakan untuk operasi emergensi obgyn berada jauh dari ruang gawat darurat obgyn sehingga waktu yang dibutuhkan untuk transfer pasien kurang lebih 15 menit.

**Upaya perbaikan :**

- Mengatur ulang alur pelayanan di ruang gawat darurat obgyn
- Pembangunan kamar operasi di gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sesuai dengan standar

**Rekomendasi :**

- Untuk segera memanfaatkan IGD Obgyn dan kamar operasi obgyn di gedung mother and child centre yang telah diresmikan pada bulan September 2024.

7. Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, Rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, Radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

Rekam Medis Elektronik (RME) adalah suatu rekam data elektronik berupa data mengenai informasi kesehatan seorang individu yang dikumpulkan, dikelola dan dikonsultasikan oleh tenaga kesehatan serta staf RS yang memiliki hak kewenangan.

Maksud dari indikator ini adalah persentase layanan rekam medis elektronik (RME) minimal pada 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi dengan target tahun 2024 adalah 100%, Adapun formula perhitungan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah layanan RME RS vertikal yang terpenuhi}}{6} \times 100\%$$

Capaian target indikator ini adalah 100%, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo telah melaksanakan rekam medis elektronik sejak tahun 2022 berdasarkan keputusan direktur utama RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo nomor HK.02.03/XVIII.1/9529/2022 tentang rekam medis elektronik di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo dan sudah terimplementasi dan terintegrasi di enam layanan diantaranya pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Laboratorium, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

8. Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan

Indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan adalah persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS pendidikan dan terpublikasi dalam buku, jurnal ilmiah, bulletin, website dan media publikasi cetak atau elektronik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit. 9 layanan prioritas tersebut antara lain layanan penyakit stroke, kanker, gastrohepatologi, uronefrologi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kardiovaskuler, respirasi dan tuberculosis serta layanan penyakit infeksi emerging. Dan ditargetkan pada tahun 2024 adalah 10% penelitian yang terpublikasi.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas}}{\text{Jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas}} \times 100$$

Capaian target tahun 2024 adalah sebesar 51%, sudah mencapai target bahkan melebihi. Dari 98 penelitian yang dilakukan di 9 layanan prioritas ada 49 penelitian yang terpublikasi.

Untuk mendukung program penelitian klinis maka di tahun 2024 RSUP dr Wahidin Sudirohusodo telah mendirikan Clinical Research Unit berdasarkan keputusan direktur utama RSUP dr. wahidin sudirohusodo nomor HK.02.03/D.XIX/2698/2024 tentang Clinical Research Unit di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Clinical research unit adalah unit yang mengelola penelitian klinis yang ada di lingkungan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

9. Rumah Sakit mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional

Pengertian dari Rumah Sakit mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional adalah jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama dengan rumah sakit atau institusi kesehatan luar negeri dan target tahun 2024 ditetapkan 1 layanan.

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar memiliki 6 layanan unggulan yaitu Pusat jantung terpadu, Mother and child centre, Infection Centre, Gastroenterophatology centre, Private care centre dan brain centre. Dari 6 layanan unggulan terdapat 2 layanan unggulan yang menyelenggarakan kerjasama dengan Institusi kesehatan luar negeri yaitu Pusat Jantung Terpadu dan *Mother and child centre*.

Untuk layanan unggulan Pusat Jantung Terpadu telah menyelenggarakan kerja sama dengan Kaikoukai Healthcare Group Japan dan layanan unggulan *Mother and child Centre* bekerjasama dengan Chiba University Hospital Japan.

#### 10. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Indikator persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan terdiri dari 2 indikator yaitu Persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standard dan Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.

##### a. Persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar

Fasilitas pendukung terdiri dari 4 aspek yaitu : Parkir, Ruang tunggu, Taman dan Toilet

Menggunakan skoring KPI inisiatif fasilitas pendukung yaitu :

Area	Item	Kesesuaian	Skor
Parkir	Zona parkir untuk pasien, 70% dari kapasitas parkir	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Zona untuk rawat jalan : 06.30-19.00	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Pembayaran cashless	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Pemanfaatan valet parking	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Tempat pick up dan drop off yang nyaman	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
Taman	Tersedia Ruang Terbuka Hijau (RTH) dalam bentuk taman di dalam Gedung ataupun luar Gedung dalam bentuk vertikal	≥ 30%	100
		20>RTH<30%	75
		10>RTH<20%	50
		0>RTH<10%	25
Toilet	Pengecekan rutin (kering, bersih, tidak berbau, air mengalir, tersedia tissue dan sabun, tempat sampah exhaust fan)	Sesuai	50
		Tidak sesuai	25
	Tersedia toilet untuk yang berkebutuhan khusus	Sesuai	50
		Tidak sesuai	25
Ruang Tunggu	Ukuran minimal 1 – 1,5m <sup>2</sup> /org	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Disediakan TV dan sirkulasi udara dan pencahayaan yang baik	sesuai	20
		Tidak sesuai	10
	Tersedia informasi antrian pasien	sesuai	20
		Tidak sesuai	10

Perhitungan persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar =  $(\text{jumlah skor}/600) \times 100\%$

- b. Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit

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 Poliklinik sampai dengan Obat selesai disiapkan oleh Farmasi.

*Check in* adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas di Poliklinik tujuan. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah = 120 menit, kecuali:

- Pelayanan Poliklinik Mata < 180 menit
- Pelayanan Poliklinik Psikiatri dengan Psikoterapi < 180 menit
- Pelayanan Poliklinik Orthopedi < 180 menit

Kriteria inklusi adalah pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dan kriteria eksklusi adalah pasien dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan dan obat racikan.

Dengan formula, jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan sesuai target dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%.

Cara perhitungan indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien adalah :  $(\text{Persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar}) + (\text{persentase layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120menit}) / 2$

Hasil capaian persentase capaian perbaikan pengalaman pasien tahun 2024 adalah 87,24% sudah mencapai target yang ditetapkan di tahun 2024 adalah 80%, dengan rincian capaian persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar adalah 93% dan capaian Persentase waktu layanan end-to-end tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit adalah 80,73%.

#### 11. Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Yang dimaksud indikator capaian peningkatan kualitas pelayanan pasien adalah persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non medis < 24 jam. Kecepatan penanganan keluhan non-medis <24 jam yaitu waktu yang diperlukan untuk memberikan respon terhadap keluhan kategori nonmedis dihitung sejak

keluhan disampaikan melalui berbagai kanal sampai dengan respon oleh Rumah Sakit. Respon terdiri dari penyampaian simpati, pendalaman terhadap keluhan (subjek, waktu kejadian, tempat kejadian, objek keluhan, deskripsi keluhan, dan seberapa mengganggu keluhan tersebut) dan rencana tindak lanjut terhadap keluhan.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Keluhan kategori non medis dengan respon < 24 jam}}{\text{Keluhan kategori non medis}} \times 100\%$$

Capaian Indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan adalah 100%, sudah mencapai target yang ditetapkan tahun 2024 yaitu 100%. Upaya yang telah dilakukan untuk merespon keluhan pasien secara cepat antara lain dengan menyediakan sarana penyampaian komplain. Komplain dapat disampaikan melalui :

- Aplikasi mobile antrian online RSSWS
- Media website <http://rsupwahidin.com>
- QR barcode yang dipasang di ruang-ruang perawatan, nurse station dan di costumer service.
- Call Centre, telpon (0411-58333/0411-582888), SMS dan WA (0811-509-2222)
- Petugas di unit-unit pelayanan, costumer service dan bagian Hubungan Masyarakat (HUMAS)

## 12. Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis adalah persentase tercapainya output klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas. Tercapainya output klinis yaitu capaian indikator klinis terpilih sebesar 80%. Indikator klinis yang terpilih RSUP dr Wahidin Sudirohusodo adalah :

- Pasien stroke iskemik dengan Length Of Stay (LOS) < 7 hari
- Lama hari rawat pasien kanker payudara dengan kemoterapi di Rawat Inap 3 hari
- Terapi Fibrinolitik : “door to needle” ≤ 30 menit pada pasien STEMI
- Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

Cara perhitungan :

- Terlebih dahulu *cut off* capaian indikator dikonversi ke 80%
- Selanjutnya dihitung dengan rumus : Total kumulatif capaian setelah konversi dibagi jumlah indikator klinis yang diukur

Dari hasil perhitungan diperoleh capaian sebesar 98%, capaian melebihi dari target yang ditetapkan yaitu sebesar 80%. Dari keempat indikator yang ditetapkan terdapat 2 indikator yang tidak dapat dihitung disebabkan tidak ada kasus yaitu indikator Lama hari rawat pasien kanker payudara dengan kemoterapi di Rawat Inap 3 hari dan Terapi Fibrinolitik : “door to needle” ≤ 30 menit pada pasien STEMI.

### 13. Persentase capaian tata kelola rumah sakit vertikal BLU yang baik

Indikator Persentase capaian tata kelola rumah sakit vertikal BLU yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO (Pendapatan Operasional pada Belanja Operasional) memenuhi standar dalam satu tahun anggaran.

Adapun ketentuan dari indikator ini adalah :

- Rasio kas didalam rentang standar (180-360%) diberikan skor 100
- Rasio kas diluar rentang standar (180-360%) diberikan skor 50
- Rasio POBO diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100
- Rasio POBO dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50
- Nilai standar POBO RS mengacu pada perjanjian kinerja, nilai standar dalam kontrak kinerja RSUP dr. wahidin sudirohusodo adalah 90
- Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100
- Kategori kinerja baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99
- Rumus perhitungan :

$$\frac{\text{Nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas}}{\text{Keluhan kategori non medis}} \times 100\%$$

Dari hasil perhitungan capaian indikator persentase capaian tata kelola rumah sakit vertikal BLU yang baik tahun 2024 adalah 50%, belum mencapai target tahun yang ditetapkan sebesar 100%. Dari hasil perhitungan didapatkan rasio POBO adalah 77,35% dengan skor 50% dan hasil perhitungan rasio kas adalah 69% dengan skor 50%.

**Kendala/hambatan :**

- POBO mencapai target disebabkan oleh tingginya beban persediaan farmasi dan beban pegawai

**Upaya tindak lanjut :**

- Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya terutama obat dan bahan habis pakai
- Melakukan evaluasi secara berkala terhadap terhadap proses pengadaan bahan farmasi melalui TERSOTTA (Tata kelola Rantai Pasokan Farmasi Terintegrasi)
- Sosialisasi kepada seluruh DPJP terkait regulasi FORNAS
- Melakukan optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihan
- Mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan asset yang dapat menghasilkan pendapatan

**Rekomendasi :**

- Melakukan perencanaan dan pengelolaan barang farmasi yang efektif dan efisien
- Evaluasi kepatuhan *clinical pathway*, formularium nasional dan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA).
- Mengintegrasikan *clinical pathway* dan panduan praktik klinis ke SIMRS untuk kendali mutu dan kendali biaya.

14. Persentase pemenuhan Sarana Prasarana Alat Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana Alat Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar adalah persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan rumah sakit UPT vertikal yang dimiliki sesuai dengan permenkes nomor 40 tahun 2022 tentang persyaratan teknis bangunan prasarana dan alat kesehatan rumah sakit.

Adapun cara perhitungan indikator tersebut adalah jumlah persentase sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan dalam ASPAK (dicek dalam ASPAK rumah sakit vertikal). Ditahun 2024 ditargetkan 90%. Persentase capaian pemenuhan sarana prasarana alat RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo tahun 2024 sesuai yang tertera dalam ASPAK rumah sakit adalah 93,48%. Sudah memenuhi target yang ditetapkan tahun 2024.

## 15. Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Indikator persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar adalah persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 54 tahun 2015 tentang pengujian kalibrasi alat kesehatan.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi}}{\text{Jumlah alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki rumah sakit}} \times 100\%$$

Hasil perhitungan dari indikator ini adalah dari 2159 alat yang wajib dikalibrasi dan telah diusulkan untuk dikalibrasi, yang terkalibrasi ada 2154 alat atau 99,77%. Sudah melebihi dari target yang ditetapkan, target yang ditetapkan tahun 2024 adalah 90%.

## 16. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

Definisi operasional dari indikator nasional mutu (INM) adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan. Target yang ditetapkan tahun 2024 adalah 100%. 13 indikator tersebut adalah :

1. Kepatuhan kebersihan tangan, target  $\geq 90\%$
2. Kepatuhan penggunaan APD, target 100%
3. Kepatuhan identifikasi pasien, target 100%
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi, target  $\geq 80\%$
5. Waktu tunggu rawat jalan  $\geq 80\%$
6. Penundaan operasi elektif, target  $\leq 5\%$
7. Kepatuhan waktu visite dokter, target  $\geq 80\%$
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium, target 100%
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional, target  $\geq 90\%$
10. Kepatuhan alur klinis (Clinical pathway)  $\geq 85\%$
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, target 100%
12. Kecepatan waktu tanggap complain, target  $\geq 80\%$
13. Kepuasan pasien IKM, target  $\geq 80$

**REKAPITULASI DATA INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)  
RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR  
TAHUN 2024**

NO	KODE	JENIS INDIKATOR	TARGET	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEPT	OKT	NOV	DES	TOTAL
1	INM 1	KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN	≥90%	1585	2206	1700	2782	1813	1641	1813	1759	1681	1566	1649	1747	21942
				2155	2817	2224	3556	2284	2124	2284	2199	2104	1922	2027	2118	27814
				73,55%	78,31%	76,44%	78,23%	79,38%	77,26%	79,38%	79,99%	79,90%	81,48%	81,35%	82,48%	78,89%
2	INM 2	KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD)	100%	585	560	542	549	588	523	600	594	944	545	679	593	7302
				589	563	544	552	592	525	602	601	962	565	691	597	7383
				99,32%	99,47%	99,63%	99,46%	99,32%	99,62%	99,67%	98,84%	98,13%	96,46%	98,26%	99,33%	98,90%
3	INM 3	KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN	100%	1732	1730	1701	2182	2131	2123	2172	2109	2062	2206	2031	1913	24092
				1742	1738	1705	2184	2135	2129	2177	2111	2077	2224	2033	1916	24171
				99,43%	99,54%	99,77%	99,91%	99,81%	99,72%	99,77%	99,91%	99,28%	99,19%	99,90%	99,84%	99,67%
4	INM 4	WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSI SESAREA EMERGENSI	≥80%	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
				0	1	2	1	2	2	2	3	0	2	3	0	18
				#DIV/0!	0%	50%	0%	0%	0%	0%	33%	#DIV/0!	0,00%	0,00%	#DIV/0!	11,11%
5	INM 5	WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN	≥80%	767	824	805	926	883	946	1016	1029	985	1038	986	976	11181
				870	912	872	1042	1024	1028	1105	1094	1069	1108	1059	1045	12238
				88,16%	90,35%	92,32%	88,87%	86,23%	92,02%	91,95%	94,06%	92,14%	93,68%	92,24%	93,40%	91,36%
6	INM 6	PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	≤5%	73	41	90	106	67	6	8	4	14	15	13	10	447
				128	119	128	128	128	175	128	216	202	201	211	196	1959
				57,03%	34,45%	70,31%	82,81%	52,34%	3,43%	6,25%	1,85%	6,93%	7,46%	6,16%	5,13%	22,82%
7	INM 7	KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	≥80%	19784	16703	17485	14060	14269	12977	17285	15685	11835	18977	15708	18087	192855
				30185	25245	24364	18477	22048	19174	26353	23620	21133	28159	23191	25915	287864
				65,54%	66,16%	71,77%	76,09%	64,72%	67,68%	65,59%	66,41%	58,00%	67,39%	67,73%	69,79%	67,00%
8	INM 8	PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM	100%	1892	1814	1767	1716	1716	2218	1942	2050	2042	2028	2102	2095	23382
				1892	1814	1767	1716	1716	2218	1942	2050	2042	2028	2102	2095	23382
				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	INM 9	KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL	≥90%	167225	136742	167225	147242	176796	162400	185856	173948	176772	187977	170390	184704	2037281
				175155	141975	175155	153630	185136	169139	194428	181242	185654	197469	178180	191800	2128963
				95,47%	96,31%	95,47%	95,84%	95,50%	96,02%	95,59%	95,98%	95,22%	95,19%	95,63%	96,30%	95,69%
10	INM 10	KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY)	≥85%	120	109	122	118	138	183	157	174	158	194	162	145	1780
				120	109	122	118	138	183	157	174	158	194	162	145	1780
				100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	INM 11	KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH	100%	461	656	472	667	731	603	799	670	677	729	639	725	7829
				468	677	474	682	743	618	834	681	690	732	642	731	7972
				98,50%	96,90%	99,58%	97,80%	98,38%	97,57%	95,80%	98,35%	98,12%	99,59%	99,53%	99,18%	98,21%
12	INM 12	KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN	≥80%	30	32	25	14	21	24	26	20	25	24	21	11	273
				30	32	25	14	21	24	26	20	25	24	21	11	273
				100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	INM 13	KEPUASAN PASIEN	≥80	<b>82,47</b>						<b>91,43</b>						

Dari tabel diatas memperlihatkan capaian ke 13 indikator mutu nasional. Diantara 13 Indikator mutu nasional terdapat 7 Indikator mencapai target. Sehingga hasil perhitungan Indikator Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target adalah 58,83%.

Berikut penjelasan masing-masing indikator nasional mutu menurut Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor 30 tahun 2022 tentang indikator mutu pelayanan kesehatan tempat praktik mansiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan dan unit transfusi darah :

a. Kepatuhan kebersihan tangan

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

Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan dilakukan pada pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. Dengan formula :

$$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$$

Target kepatuhan kebersihan tangan tahun 2024 adalah  $\geq 90\%$  dan capaian tahun 2024 adalah 78,89% tidak mencapai target yang ditetapkan.

Kendala :

- Mencuci tangan sesuai dengan langkah-langkah yang direkomendasikan WHO belum menjadi budaya patient safety di rumah sakit
- Handrub, sabun, tissue tidak konsisten tersedia

Upaya tindak lanjut :

- Melakukan resosialisasi kepatuhan mencuci tangan bagi seluruh rumah sakit terutama yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien
- Berkoordinasi dengan bagian terkait (bagian umum dan farmasi) untuk memfasilitasi ketersediaan Handrub, sabun, tissue.

Rekomendasi :

- Memastikan ketersediaan sarana prasarana yang memfasilitasi kegiatan mencuci tangan
- Untuk mengurangi tingginya biaya pembelian hanscrub diusulan untuk memproduksi secara mandiri.

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

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.

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). Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan.

Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD}}{\text{Jumlah seluruh petugas}} \times 100\%$$

Capaian indikator kepatuhan penggunaan APD adalah 98.90% belum mencapai target tahun 2024 yaitu 100%.

Kendala / hambatan :

- Masih ada petugas yang memakai APD tidak sesuai dengan indikasi karena ketidakpahaman pentingnya menggunakan APD.

Upaya Tindak lanjut :

- Monitoring dan evaluasi penggunaan APD di unit-unit pelayanan
- Melakukan reedukasi penggunaan APD secara benar kepada seluruh petugas ataupun peseta didik
- Menyediakan alat pelindung diri bagi petugas sesuai indikasi di unit-unit pelayanan

Rekomendasi :

- Sosialisasi dan resosialisasi secara berkala SPO penggunaan APD di unit-unit pelayanan
- Diseminasi hasil evaluasi kepatuhan penggunaan APD secara berkala

c. Kepatuhan Identifikasi pasien

Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua apenanda identitas seperti : nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medis, NIK sesuai yang ditetapkan rumah sakit. Identifikasi dilakukan dengan cara visual dan atau verbal.

Pemberi pelayanan dalam hal ini tenaga medis dan tenaga kesehatan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait

tindakan intervensi pasien seperti pemberian pengobatan, prosedur tindakan, prosedur diagnostic dan kondisi tertentu missal pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi. Identifikasi dianggap benar apabila pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan Identifikasi secara benar}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi}} \times 100\%$$

Hasil perhitungan indikator kepatuhan identifikasi pasien tahun 2024 diperoleh hasil 100%, telah memenuhi target yang ditentukan yaitu 100% pada tahun 2023. Walaupun telah mencapai target, monitoring dan evaluasi harus terus dilakukan secara berkala. Upaya-upaya tindak lanjut terus dilakukan diantaranya melakukan edukasi dan re-dukasi kepada seluruh petugas ataupun peserta didik untuk tentang kepatuhan identifikasi pasien secara benar.

d. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk emndapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan oeprasi sampai dimulainya insisi dikamar operasi yaitu  $\leq 30$  menit.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 yang mendapatkan tindakan seksio  $\leq 30$  menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio Sesarea emergensi kategori 1}} \times 100$$

Sectio sesarea emergensi kategori 1 adalah fetal distress menetap, prolapse tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan pendarahan aktif.

Perhitungan indikator ini tahun 2024 diperoleh hasil 11% belum mencapai target yang ditentukan pada tahun 2024, target yang ditentukan adalah  $\geq 80\%$ .

**Kendala :**

- Kamar operasi yang digunakan untuk operasi emergensi obgyn berada jauh dari ruang gawat darurat obgyn sehingga waktu yang dibutuhkan untuk transfer pasien kurang lebih 15 menit.

**Upaya perbaikan :**

- Mengatur ulang alur pelayanan di ruang gawat darurat obgyn
- Pembangunan kamar operasi di gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sesuai dengan standar

**Rekomendasi :**

- Untuk segera memanfaatkan IGD Obgyn dan kamar operasi obgyn di gedung mother and child centre yang telah diresmikan pada bulan September 2024.

## e. Waktu tunggu rawat jalan

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis dimana waktu yang dibutuhkan adalah  $\leq 60$  menit dengan target tahun 2023 adalah 80%.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$$

Dari perhitungan indikator waktu tunggu rawat jalan diperoleh nilai 91,36%, sudah mencapai target yang ditentukan di tahun 2024. Adapun upaya-upaya yang telah dilakukan untuk keberhasilan pencapaian indikator ini adalah :

- Optimalisasi pendaftaran online
- Implementasi e-SEP pada mesin Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM)
- Mengatur ulang jadwal dokter/dokter spesialis agar tidak bersamaan dengan jadwal dokter lainnya.

## f. Penundaan Operasi Elektif

Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. Perhitungan penundaan operasi elektif dikecualikan apabila penundaan operasi atas indikasi medis. Tahun 2023 ditargetkan penundaan operasi elektif  $\leq 5\%$ .

Cara perhitungan :

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

Capaian indikator penundaan operasi elektif tahun 2024 adalah 22,82% tidak mencapai target yang telah ditentukan. Secara kumulatif tahun 2024 tidak mencapai target namun bila dilihat progress perbulan terjadi perbaikan waktu tunggu operasi elektif. Tidak tercapainya waktu tunggu terjadi pada periode semester 1 tahun 2024.

**Kendala :**

- Adanya renovasi kamar operasi bedah sentral sebanyak 12 kamar operasi. Kamar operasi bedah sentral efektif digunakan kembali pasca renovasi pada bulan Maret tahun 2024

**Upaya perbaikan :**

- Optimalisasi ruang operasi yang ada dengan mengaktifkan kembali OK Obgyn dengan merenovasi sesuai standar
- Sosialisasi kepada DPJP tentang penjadwalan operasi

**Rekomendasi :**

- Sosialisasi secara berkala tentang penjadwaan operasi DPJP
- Penambahan jadwal shift kamar operasi yang sebelumnya 2 shift menjadi 3 shift.

## g. Kepatuhan waktu visite dokter

Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien rawat inap yang menjadi tanggung jawabnya. Jadwal visite yang dimaksud adalah dokter yang visite pada pukul 06.00 -14.00 dengan target pada tahun 2024 adalah  $\geq 80\%$ .

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang divisite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$$

Capaian indikator kepatuhan visite dokter pada tahun 2024 adalah 67% belum mencapai target tahun 2024 yang telah ditentukan.

**Kendala / hambatan :**

- Jadwal dokter visite pasien rawat inap tumpang tindih dengan jadwal operasi maupun jadwal dokter di poliklinik

**Upaya tindak lanjut :**

- Pengaturan ulang jadwal dokter/dokter spesialis
- Mengedukasi/menginisiasi dokter/dokter spesialis agar datang tepat lebih awal melakukan visite sebelum standby dipoliklinik ataupun tindakan operasi

**Rekomendasi :**

- Pengembangan mobile dokter dengan menambah menu reminder visite dokter spesialis dari ruang perawatan
- Menjadikan kepatuhan visite dokter tepat waktu sebagai salah satu indikator penilaian kinerja dokter dalam pemberian remunerasi.

## h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

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

Cara Perhitungan :

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

Target indikator pelaporan hasil kritis laboratorium tahun 2024 adalah 100%. Hasil capaian pelaporan hasil kritis laboratorium tahun 2024 adalah 100%. Sudah mencapai target yang telah ditentukan. Meskipun target telah tercapai, monitoring dan evaluasi terus dilakukan untuk mempertahankan kinerja dan peningkatan mutu pelayanan laboratorium.

i. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Formularium nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

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.

Cara perhitungan :

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

Target tahun 2024 indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah  $\geq 90\%$  dan capaian tahun 2024 adalah 95.69%, sudah mencapai target yang telah ditentukan. Walaupun sudah mencapai target namun masih ada kendala yang terjadi, terkadang dokter masih menuliskan resep diluar formularium nasional jika obat tersebut diperlukan dalam terapi, untuk itu disarankan untuk mengusulan obat yang dibutuhkan untuk dimasukkan kedalam formularium nasional sesuai dengan Clinical Pathway.

j. Kepatuhan terhadap alur klinis (*Clinical Pathway*)

*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 Profesi Pember Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat dirumah sakit.

Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *Clinical Pathway* yang ditetapkan rumah sakit.

Cara perhitungan :

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

Indikator kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) ditargetkan tahun 2024 adalah  $\geq 85\%$ . Capaian tahun 2024 adalah 100% sudah melebihi target yang telah ditentukan. Untuk dapat mempertahankan capaian indikator ini, monitoring dan evaluasi perlu terus diadakan untuk mempertahankan kepatuhan indikator ini. Indikator ini bertujuan untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.

k. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang beresiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit. Upaya pencegahan risiko pasien jatuh meliputi *assessment* awal risiko jatuh, *assessment* ulang risiko jatuh dan *intevensi* pencegahan risiko jatuh.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang} \\ \text{Mendapatkan ketiga upaya pencegahan jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi} \\ \text{Jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$$

Realisasi capaian tahun 2024 indikator kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh adalah 98.21%. Belum mencapai target yang ditentukan pada tahun 2024 yaitu sebesar 100%.

**Kendala / hambatan :**

- Ketidak patuhan petugas dalam memasang tanda risiko pasien jatuh terutama di rawat jalan

**Upaya tindak lanjut :**

- Melakukan audit dan memberi umpan balik kepada staf terhadap hasil audit dan mendiskusikan hal-hal yang dapat meningkatkan kepatuhan.

**Rekomendasi :**

- Implementasi sistem rekam medis elektronik (RME) yang mencakup model assesmen risiko jatuh dan notifikasinya sehingga sistem ini dapat memberikan pengingat otomatis dan memastikan bahwa assesmen dilakukan secara konsisten

I. Kepuasan pasien

Menurut permenkes nomor 30 tahun 2022, kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien. Responden dalam survey ini adalah pasien yang pada saat survey sedang berada dilokasi unit pelayanan atau yang pernah menerima pelayanan.

Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survey kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: Persyaratan, Sistem, Mekanisme, dan Prosedur, Waktu Penyelesaian, Biaya/Tarif, Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan, Kompetensi Pelaksana, Perilaku Pelaksana, Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan dan Sarana dan prasarana.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Total nilai persepsi seluruh responden}}{\text{Total unsur yang terisi dari seluruh responden}} \times 25$$

Target dari indikator kepuasan pasien tahun 2024 adalah  $\geq 80$  dan realisasi capaian tahun 2024 adalah 91,43. Sudah mencapai target yang telah ditentukan.

#### 17. Capaian hasil survey budaya

Capaian hasil survey budaya adalah pada hand note, dengan perhitungan mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ. Survey budaya keselamatan di RSUP dr Wahidin Sudirohusodo dilaksanakan satu tahun satu kali dengan tujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan pasien di RSUP dr Wahidin Sudirohusodo. Pada tahun 2024 survey budaya keselamatan di targetkan 75% dan capaian hasil survey budaya keselamatan di RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo adalah 75%. Sudah mencapai target yang ditetapkan.

Hasil perhitungan survey budaya keselamatan dapat dilihat pada tabel berikut :

SURVEI BUDAYA KESELAMATAN TAHUN 2024			
NO	PENGUKURAN KOMPOSIT BUDAYA KESELAMATAN PASIEN	DEFINISI	HASIL PENGUKURAN
1	Komunikasi tentang kesalahan	Staf diberitahu jika terjadi kesalahan, diskusikan cara untuk mencegah kesalahan, dan diberitahu jika ada perubahan	68%
2	Keterbukaan Komunikasi	Staf angkat bicara jika mereka melihat sesuatu yang tidak aman dan merasa nyaman mengajukan pertanyaan.	67%
3	Serah Terima dan Pertukaran Informasi	Informasi penting perawatan pasien ditransfer saat serah terima antar unit rumah sakit dan selama pergantian shift.	77%
4	Dukungan Manajemen RS untuk Keselamatan Pasien	Manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama dan menyediakan sumber daya yang memadai untuk keselamatan pasien.	88%
5	Umpan balik dan komunikasi	Proses kerja ditinjau secara berkala, perubahan dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi lagi, dan perubahan dievaluasi.	71%
6	Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien	Jenis kesalahan berikut dilaporkan: (1) Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mengenai / menimpa pasien, dan (2) Kesalahan yang dapat merugikan pasien tetapi tidak terjadi.	68%
7	Pembelajaran organisasi Peningkatan berkelanjutan	Staf diperlakukan dengan adil ketika mereka membuat kesalahan dan fokus untuk belajar dari kesalahan dan mendukung staf yang terlibat dalam kesalahan.	81%
8	Kepegawaian dan Kecepatan Kerja.	Ada cukup staf untuk menangani beban kerja, staf bekerja sesuai jam dan tidak merasa terburu-buru, dan ada menggunakan staf sementara (kontrak) secara tepat.	69%
9	Supervisor, Manajer atau Pimpinan Klinis mendukung Keselamatan Pasien	Supervisor, manajer atau pemimpin klinis mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, tidak mendorong mengambil jalan pintas, dan mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien.	68%
10	Kerja Tim	Staf bekerjasama sebagai tim yang efektif, saling membantu selama waktu sibuk, dan saling menghormati.	90%
	Rata-Rata		<b>75%</b>

Dari tabel diatas dapat terlihat, aspek keterbukaan komunikasi (67%) dan aspek komunikasi tentang kesalahan (68%) merupakan aspek terendah dari ke 10 aspek survey budaya keselamatan pasien.

18. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah 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

**Kendala / hambatan :**

- Dari 3 temuan BPK masih ada 2 temuan yang belum ditindak lanjuti oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

**Upaya tindak lanjut :**

- Menyampaikan kembali ke inspektorat jenderal kementerian kesehatan untuk ditindaklanjuti

**Rekomendasi :**

- Berkoordinasi dengan ke tim review itjen untuk mempercepat proses review tindak lanjut hasil temuan BPK.

19. Persentase realisasi target pendapatan BLU

Pendapatan adalah arus kas masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktifitas rumah sakit selama satu periode yang mengakibatkan penambahan akuitas bersih. Pendapatan dalam indikator ini tidak memperhitungkan pendapatan yang berasal dari rupiah murni. Adapun cara perhitungan adalah pendapatan rawat jalan + pendapatan rawat inap + pendapatan layanan lainnya. Indikator persentase realisasi pendapatan BLU ditargetkan 90% untuk tahun 2024.

Capaian pendapatan BLU RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo dari Rp.821.000.000.000,- yang ditargetkan dan terealisasi tahun 2024 adalah sebesar Rp.806.493.549.517,- atau 98,23% dari target yang ditetapkan. Hal ini dikarenakan terdapat peningkatan pending klaim JKN akibat perubahan metode verifikasi klaim oleh BPJS kesehatan di bulan September Tahun 2024.

20. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni dimana cara perhitungan indikator ini adalah realisasi anggaran yang bersumber rupiah murni dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah murni dikali 100% dan ditargetkan tahun 2024 sebesar 96%.

Capaian target realisasi anggaran bersumber rupiah murni dari Rp.151.515.112.000,- yang ditargetkan sudah terealisasi Rp.149.997.526.433,-

atau 99,00% capaian realisasi anggaran yang ditargetkan tahun 2024. Ini menunjukkan target indikator ini telah tercapai.

#### 21. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dimana cara perhitungan indikator ini adalah realisasi anggaran yang bersumber rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU dikali 100% dan ditargetkan tahun 2024 sebesar 90%.

Capaian target realisasi anggaran bersumber rupiah BLU dari Rp.944.169.707.000,- yang ditargetkan sudah terealisasi Rp.874.165.533.144,- atau 92,59% capaian realisasi anggaran yang ditargetkan tahun 2024. Ini menunjukkan target indikator ini telah tercapai.

#### m. Persentase nilai EBITDA margin

EBITDA (*earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*) 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.

Cara perhitungan :

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

Target tahun 2024 EBITDA margin adalah 15%, realisasi capaian tahun 2024 adalah -9%, belum mencapai target yang telah ditentukan.

#### **Kendala / hambatan :**

- Beban persediaan farmasi dan laboratorium yang meningkat karena peningkatan harga dan pemeriksaan penunjang
- Besarnya beban pegawai karena penambahan ASN tidak diiringi oleh peningkatan produktivitas pegawai
- Pendapatan belum optimal karena rendahnya kualitas klaim JKN akibat ketidaklengkapan dokumen klaim dan ketidaksesuaian coding.

#### **Upaya perbaikan :**

- Mengurangi Beban pegawai yang lembur diluar jam kerja
- Memantau obat dan BMHP fast moving, slow moving dan dead stock, rasio kecukupan dan perputaran obat BMHP peritem

- Penetapan standar obat dan BMHP setiap tindakan
- Menugaskan Tim kendali mutu dan kendali biaya untuk memantau ketepatan coding

**Rekomendasi :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi Kualitas klaim, integrasi Clinical Pathway dan Panduan Praktik Klinik ke SIMRS
- Membuka layanan eksekutif sore, sabtu dan minggu
- Membuka layanan baru
- Monitoring dan evaluasi penggunaan obat high cost dan high volume secara berkala
- Implementasi sistem forecasting yang baik untuk memprediksi kebutuhan obat dan alkes berdasarkan tren penggunaan, fluktuasi musiman dan data pasien
- Implementasi pedoman penggunaan obat yang rasional dan berbasis bukti untuk meminimalkan pemborosan
- Sosialisasi kepada seluruh DPJP terkait regulasi FORNAS

**B. SUMBER DAYA**

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan untuk mencapai tujuan dan sasaran didukung dengan sumber daya yaitu : sumber daya manusia, sumber daya keuangan dan sumber daya sarana & prasarana.

**a. Sumber Daya Manusia**

Posisi Sumber Daya Manusia per 31 Desember 2024 adalah sebagai berikut :

**a. Tenaga Medis**

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.3 ILMU KEDOKTERAN	21						21
2	S.3 ILMU KEDOKTERAN GIGI	1						1
3	DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM	10	10	6				26
4	DOKTER SPESIALIS PARU	3	3	2				8
5	DOKTER SPESIALIS JANTUNG	5	6	3	1			15
6	DOKTER SPESIALIS BEDAH	1						1
7	DOKTER SPESIALIS BEDAH PLASTIK	1	1	1	1			4
8	DOKTER SPESIALIS BEDAH ONKOLOGI	1	1	1	1			4
9	DOKTER SPESIALIS BEDAH ANAK	3		2				5

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
10	DOKTER SPESIALIS BEDAH UROLOGI	2	3					5
11	DOKTER SPESIALIS BEDAH DIGESTIF	2	1	1				4
12	DOKTER SPESIALIS BEDAH ORTHOPEDI	2	4	2				8
13	DOKTER SPESIALIS BEDAH SYARAF	1	2	1				4
14	DOKTER SPESIALIS OBGYN	6	7	1				14
15	DOKTER SPESIALIS THT	4	8					12
16	DOKTER SPESIALIS MATA	4	4	3				11
17	DOKTER SPESIALIS ANAK	6	6	8	1			21
18	DOKTER SPESIALIS KULIT DAN KELAMIN	3	3					6
19	DOKTER SPESIALIS SYARAF	3	7	1				11
20	DOKTER SPESIALIS ANESTESI	7	6	2				15
21	DOKTER BEDAH VASCULAR	1						1
22	DOKTER BEDAH THORAX CARDIOVASCULAR		1	2				3
23	DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA	1	4					5
24	DOKTER SPESIALIS FORENSIK	1						1
25	DOKTER SPESIALIS PATOLOGI KLINIK	4	2					6
26	DOKTER SPESIALIS MIKROBIOLOGI KLINIK	1	2					3
27	DOKTER SPESIALIS PATOLOGI ANATOMI	4		1				5
28	DOKTER SPESIALIS RADIOLOGI	2	6	3				11
29	DOKTER SPESIALIS ONKOLOGI RADIASI	1	1		1			3
30	DOKTER SPESIALIS REHABILITASI MEDIK	2	1	1				4
31	DOKTER GIGI SPESIALIS GIZI KLINIK	2	4					6
32	DOKTER GIGI SPESIALIS ORTHODONSIA	2						2
33	DOKTER GIGI SPESIALIS PROSTODONSIA	2						2
34	DOKTER GIGI SPESIALIS BEDAH MULUT	1		1				2
35	DOKTER SPESIALIS KONSERVASI GIGI	2						2
36	DOKTER AKUPUNTUR MEDIK							0
37	DOKTER GIGI	3						3
38	DOKTER UMUM	10					19	29
<b>Jumlah</b>		<b>125</b>	<b>93</b>	<b>42</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>284</b>

## b. Tenaga Keperawatan

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S3 ADMINISTRASI							0
2	MAGISTER KEPERAWATAN	15						15
3	MAGISTER KEPERAWATAN DASAR	1						1
4	NERS	355			214	1	86	656
5	S1 KEPERAWATAN	29					2	31
6	S1 PERAWAT ANASTESI	1						1
7	D. IV KEPERAWATAN	7			2		3	12
8	D. IV KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI						13	13
9	D. IV PERAWAT MEDIKAL BEDAH	1						1
10	D. IV KESEHATAN GIGI	1						1
11	D. IV KEPERAWATAN GIGI	1						1
12	D. III KEPERAWATAN	141			304	1	26	472
13	D. III KEPERAWATAN GIGI	2						2
14	D. III TEKNIK GIGI	1						1
15	D. I KEPERAWATAN	1						1
16	SPK/SPR	4					1	5
17	SMK KEPERAWATAN						1	1
18	SPRG	1						1
<b>Jumlah</b>		<b>561</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>520</b>	<b>2</b>	<b>132</b>	<b>1.215</b>

## c. Tenaga Kebidanan

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	MAGISTER KEBIDANAN	1						1
2	S1 KEBIDANAN	2						2
3	D. IV KEBIDANAN	13			2		3	18
4	D. III KEBIDANAN	11			29			40
5	D. I KEBIDANAN	1						1
<b>Jumlah</b>		<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>62</b>

**d. Tenaga Kefarmasian**

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	MAGISTER FARMASI KLINIK	2						2
2	MAGISTER FARMASI	4			1			5
3	APOTEKER	24			8	2	8	42
4	S1 FARMASI	2			9		14	25
5	SARJANA SAINS TERAPI	1						1
5	D. III FARMASI	27			32	1	8	68
7	SMF/SMK FARMASI	6					12	18
<b>Jumlah</b>		<b>66</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>42</b>	<b>161</b>

**e. Tenaga Kesehatan Masyarakat**

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.3 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT							
2	MPHM	2						2
3	MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN	2						2
4	MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT	2						2
5	MAGISTER EPIDEMIOLOGI	1						1
6	S.2 KESEHATAN MASYARAKAT	19			1		2	22
7	S.2 TERAPAN ADMINISTRASI KESEHATAN	4						4
8	S2 KESEHATAN	5						5
9	S.1 KESEHATAN MASYARAKAT	26			6	4	12	48
10	S.1 KESMAS ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN	4						4
11	S.1 KESMAS EPIDEMIOLOGI	2						2
12	S.1 KESMAS KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA				1			1
13	S.1 KESMAS PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU				1			1
14	S.1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT						1	1
<b>Jumlah</b>		<b>67</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>95</b>

## f. Tenaga Kesehatan Lingkungan

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	MAGISTER KESEHATAN LINGKUNGAN	2						2
2	S.1 KESMAS KESEHATAN LINGKUNGAN	3						3
3	D. IV SANITASI / KESLING	1						1
4	D. III KESEHATAN SANITASI/LINGKUNGAN	2					2	4
<b>Jumlah</b>		<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

## g. Tenaga Gizi

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.2 GIZI MASYARAKAT	1				1		2
2	S.1 GIZI	7			1			8
3	D. IV GIZI	4			4		4	12
4	D. III GIZI	7			1			8
5	D. III GIZI PENDIDIKAN	1						1
6	SMKK	8					1	9
7	SKKA TATA BOGA	14					6	20
<b>Jumlah</b>		<b>42</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>60</b>

## h. Tenaga Keterampilan Fisik

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.1 FISIOTERAPI/ KETERAPIAN FISIK	9						9
2	D. IV FISIOTERAPI	10			1			11
3	D. III FISIOTERAPI	1						1
4	D. III OKUPASI TERAPI	2						2
5	D. III ORTETIK PROSTETIK	1			1			2
6	D. III TERAPI WICARA	5						5
<b>Jumlah</b>		<b>28</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>

## i. Tenaga Keteknisan Medis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	D. III MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN DAN REKAM MEDIS	20			31		17	68
<b>Jumlah</b>		<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>68</b>

## j. Tenaga Teknik Biomedika

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	D. III RADIODIAGNOSTIK	8			10		3	21
2	D.III PENATA RONTGEN	6						6
3	D.IV RADIOLOGI	1						1
4	D. IV TEKNIK RADIOLOGI	3			1		1	5
5	D.IV TEKNIK RADIODIAGNOSTIK & RADIOTERAPI	3						3
6	S1 FISIKA	5						5
7	S1 FISIKA MEDIK	3						3
8	D. III LABORATORIUM KESEHATAN	15						15
9	D III ANALIS KESEHATAN	6			34		1	41
10	D. III TEKNOLOGI LAB MEDIS				12		1	13
11	D.IV ANALIS KESEHATAN	1			1		6	8
12	D.IV TEKNOLOGI LAB MEDIS	1			2		9	12
13	S1 ANALIS KESEHATAN/ TEKNOLOGI LAB	1						1
14	S1 TEKNOLOGI LABKES						1	1
15	D. III TEKNOLOGI BANK DARAH				1			1
16	SEKOLAH MENENGAH ANALIS KESEHATAN	8						8
<b>Jumlah</b>		<b>61</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>61</b>		<b>22</b>	<b>144</b>

## k. Tenaga Elektromedis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	D. III TEKNIK ELEKTROMEDIK	9			2			11
2	D. IV ELEKTROMEDIK	2						2
<b>Jumlah</b>		<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

## l. Tenaga Psikologis Klinis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S2. PSIKOLOGI							
<b>Jumlah</b>		<b>0</b>						

## m. Tenaga Non Kesehatan

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S2 AKUNTANSI	5						5
2	S2 EKONOMI	1						1
3	S2 EKONOMI MANAJEMEN KESEHATAN	4						4
4	S2 MANAJEMEN	19					1	20
5	S2 MANAJEMEN KEUANGAN	1						1
6	S2 HUKUM	2						2
7	S2 PSIKOLOGI KLINIS	1						1
8	S2 KOMPUTER	1				1		2
9	S2 ILMU ADMINISTRASI	3					1	4
10	S1 ADMINISTRASI NEGARA	4						4
11	S1 AGAMA, SEJARAH DAN BUDAYA ISLAM	1						1
12	S1 EKONOMI AKUNTANSI	6			1	1	3	11
13	S1 EKONOMI MANAJEMEN	12			1	6		19
14	S1 EKONOMI MANAJEMEN KEUANGAN	3					1	4
15	S1 EKONOMI STUDI PEMBANGUNAN					2		2
16	S1 EKONOMI PERTANIAN						1	1
17	S1 EKONOMI UMUM	2					27	29
18	S1 HUKUM	2					2	4
19	S1 ILMU KOMUNIKASI						2	2
20	S.1 BIOLOGI						1	1
21	S.1 PENDIDIKAN KESEJAHTERAAN KELUARGA	1						1
22	S1 KOMPUTER				3	2	4	9
23	S1 MANAJEMEN	5					2	7
24	S1 MANAJEMEN INFORMATIKA KOMPUTER	3			1			4
25	S1 MANAJEMEN PEMBANGUNAN DAERAH	1						1
26	S.1 SISTEM INFORMASI	1					2	3
27	S1 PENDIDIKAN TEKNIK ELEKTRO	1						1
28	S1 PERIKANAN	1						1
29	S1 PERTANIAN					2		2
30	S1 PERTANIAN AGRONOMI	1						1
31	S1 PETERNAKAN						1	1
32	S1 PSIKOLOGI	1						1
33	S1 SOSIAL EKONOMI PETERNAKAN	1						1

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
34	S1 SOSPOL	1						1
35	S1 TEKNIK PERKAPALAN	1				1		2
36	S1 TEKNIK INDUSTRI					2		2
37	S1 TEKNIK INFORMATIKA					4	10	14
38	S1 TEKNIK KIMIA	1						1
39	TEKNIK LISTRIK						0	0
40	S1 TEKNOLOGI PERTANIAN	1						1
41	S1 SAINS (MIPA)						4	4
42	S1 SASTRA				2	2		4
43	S1 SOSIAL	2			1	3	1	7
44	S1 PENDIDIKAN						2	2
45	S1 TEKNIK						1	1
46	D. III ANALIS FARMASI DAN MAKANAN	1						1
47	D. III EKONOMI AKUNTANSI	3					1	4
48	D.IV ADMINISTRASI PERHOTELAN						2	2
49	D.IV AKUNTANSI						1	1
50	D.IV TEKNIK KOMPUTER DAN JARINGAN						2	2
51	D. III EKONOMI KEUANGAN DAN PERBANKAN	2						2
52	D. III EKONOMI MANAJEMEN	1					1	2
53	D.III MANAJEMEN ASET	1						1
54	D.III PAJAK	1						1
55	D. III KESEKRETARIATAN					1		1
56	D. III KOMPUTER				1	1	3	5
57	D. III KOMPUTER AKUNTANSI						3	3
58	D. III MANAJEMEN INFORMATIKA	1			2	3		6
59	D. III PARIWISATA						1	1
60	D. III PERHOTELAN	1						1
61	D. III KIMIA				1			1
62	D. III TEKNIK ELEKTRO					1	1	2
63	D. III TEKNIK ELEKTRONIKA	1			1			2
64	D. III TEKNIK INFORMATIKA	1						1
65	D. III TEKNIK KOMPUTER				2	1		3
66	D. III TEKNIK SIPIL						1	1
67	D. III TEKNIK TELEKOMUNIKASI						1	1
68	D.III TEKNIK MEKANIK						1	1

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
	INDUSTRI							
69	SEKOLAH MENENGAH ATAS	44					79	123
70	MADRASAH ALIYAH	1					1	2
71	SEKOLAH MENENGAH TEKNOLOGI	2						2
72	SEKOLAH PERKEBUNAN MENENGAH ATAS	2						2
73	SMEA	2					1	3
74	SMTK	4						4
75	SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN (SMK)	2					43	45
76	STM	6					3	9
77	SEKOLAH MENENGAH PERTAMA	2					1	3
78	SEKOLAH DASAR UMUM						1	1
<b>JUMLAH</b>		<b>167</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>213</b>	<b>429</b>

#### n. Rekap SDM Berdasarkan Jenis Tenaga

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	Tenaga Medis	125	93	42	5	0	19	<b>284</b>
2	Tenaga Keperawatan	561	0	0	520	2	132	<b>1.215</b>
3	Tenaga Kebidanan	28	0	0	31	0	3	<b>62</b>
4	Tenaga Kefarmasian	66	0	0	50	3	42	<b>161</b>
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat	67	0	0	9	4	15	<b>95</b>
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan	8	0	0	0	0	2	<b>10</b>
7	Tenaga Gizi	42	0	0	6	1	11	<b>60</b>
8	Tenaga Keterampilan Fisik	28	0	0	2	0	0	<b>30</b>
9	Tenaga Keteknisan Medis	20	0	0	31	0	17	<b>68</b>
10	Tenaga Teknik Biomedika	61	0	0	61	0	22	<b>144</b>
11	Tenaga Elektromedis	11	0	0	2	0	0	<b>13</b>
12	Tenaga Psikologi Klinis	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
13	Tenaga Non Kesehatan	167	0	0	20	29	213	<b>429</b>
<b>Jumlah</b>		<b>1.184</b>	<b>93</b>	<b>42</b>	<b>737</b>	<b>39</b>	<b>476</b>	<b>2.571</b>

## b. Sumber Daya Keuangan

Pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar didukung dengan anggaran baik yang bersumber dari APBN maupun pendapatan fungsional (PNBP). Berikut diuraikan realisasi anggaran berdasarkan mata anggaran yang telah ada :

NO	(Kode) Sumber Dana	Ket	Jenis Belanja									Total	
			Pegawai	Barang	Modal	Beban bunga	Subsidi	Hibah	Bansos	Lain-lain	Transfer		
1	(A) Rupiah Murni	Pagu	139.584.612.000	0	11.930.500.000	0	0	0	0	0	0	151.515.112.000	
		Realisasi	138.067.026.433 (98.91%)	0.00%	11.930.500.000 (100.00%)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	149.997.526.433 (99.00%)	
		Sisa	1.517.585.567	0	0	0	0	0	0	0	0	1.517.585.567	
2	(B) Pinjaman Luar Negeri	Pagu	0	0	401.547.747.000	0	0	0	0	0	0	401.547.747.000	
		Realisasi	0.00%	0.00%	401.378.574.728 (99.96%)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	401.378.574.728 (99.96%)	
		Sisa	0	0	169.172.272	0	0	0	0	0	0	169.172.272	
3	(F) Badan Layanan Umum	Pagu	0	818.205.185.000	125.964.522.000	0	0	0	0	0	0	944.169.707.000	
		Realisasi	0.00%	753.305.529.866 (92.07%)	120.860.003.278 (95.95%)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	874.165.533.144 (92.59%)	
		Sisa	0	35.456.464.791	3.500.077.835	0	0	0	0	0	0	38.956.542.626	
3	(Z) Data suspend dikorksi	Pagu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Realisasi	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	
		Sisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Grand Total</b>		<b>Pagu</b>	<b>139.584.612.000</b>	<b>818.205.185.000</b>	<b>539.442.769.000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.497.232.566.000</b>	
		<b>Realisasi</b>	<b>138.067.026.433 (98.91%)</b>	<b>753.305.529.866 (92.07%)</b>	<b>534.169.078.006 (99.02%)</b>	<b>0.00%</b>	<b>1.425.541.634.305 (95.21%)</b>						
		<b>Sisa</b>	<b>1.517.585.567</b>	<b>64.899.655.134</b>	<b>5.273.690.994</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>71.690.931.695</b>	

### c. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sumber Daya Sarana dan Prasarana pada tahun 2024 dari data Barang Milik Negara (BMN) diuraikan sebagai berikut :

NO	URAIAN		NILAI
<b>1</b>	<b>BMN INTRAKOMPTABLE</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	3.176.608.602.966
	Penambahan	Rp.	166.912.812.982
	Pengurangan	Rp.	70.678.346.568
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	3.272.843.069.380
<b>2</b>	<b>BMN EKSTRAKOMPTABLE</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	2.093.999.789
	Penambahan	Rp.	348.859.815
	Pengurangan	Rp.	61.604.950
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	2.381.254.654
<b>3</b>	<b>BMN GABUNGAN INTRA DAN EKSTRA</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	3.178.702.602.755
	Penambahan	Rp.	167.261.672.797
	Pengurangan	Rp.	70.739.951.518
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	3.275.224.324.034
<b>4</b>	<b>BMN ASET TAK BERWUJUD</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	1.126.430.000
	Penambahan	Rp.	-
	Pengurangan	Rp.	91.630.000
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	1.034.800.000
<b>5</b>	<b>KOSTRUKSI DALAM Pengerjaan</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	171.448.823.714
	Penambahan	Rp.	527.480.652.167
	Pengurangan	Rp.	104.368.156.939
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	594.561.318.942
<b>6</b>	<b>PERSEDIAAN</b>		
	Posisi Awal (01 Januari 2024)	Rp.	35.835.062.939
	Penambahan	Rp.	495.019.409.805
	Pengurangan	Rp.	383.659.460.639
	Posisi Akhir (31 Desember 2024)	Rp.	147.195.012.105

### C. EFISIENSI SUMBER DAYA

#### 1. Efisiensi Penggunaan Energi

Bahan bakar minyak (BBM) Solar merupakan salah satu sumber energy yang dipergunakan untuk kegiatan operasional di rumah sakit. Fungsinya adalah sebagai bahan bakar untuk menyalakan 3 jenis alat yaitu Boiler, Genset dan Incenerator. Adapun fungsi alat-alat ini sebagai berikut:

1. Boiler adalah alat berbentuk bejana tertutup yang terbuat dari baja dan digunakan untuk menghasilkan uap (steam). Steam diperoleh dengan memanaskan bejana yang berisi airu bahan bakar (sumber panas lainnya) sehingga terjadi perpindahan panas dari sumber panas tersebut ke air yang mengakibatkan air tersebut menjadi panas atau beruabh wujud menjadi uap. Uap yang dihasilkan di distribusikan ke Instalasi Gizi, Instalasi Laundry dan CSSD untuk kegiatan operasional di sana.
2. Genset adalah alat yang menghasilkan listrik. Genset digunakan sebagai sumber listrik cadangan saat pasokan listrik utama dari PLN mengalami gangguan atau tidak ada. Genset bekerja dengan mengubah energy mekanis menjadi energy listrik. Energi mekanis ini diperoleh dari mesin penggerak, seperti mesin diesel atau turbin yang dioperasikan dengan menggunakan BBM Solar.
3. Incenerator adalah alat pembakar limbah padat yang beroperasi pada suhu tinggi. Incinerator digunakan untuk mengolah limbah organik dan anorganik, seperti limbah medis, limbah laboratorium dan limbah B3. Alat ini bekerja dengan cara menguapkan air dalam limbah, lalu membakar limbah kering pada suhu tinggi. Proses pembakaran ini disebut insinerasi dengan menggunakan BBM Solar.

Berdasarkan analisa penggunaan BBM Solar, proporsi pemakaian BBM Solar sebesar 80% - 85% untuk Boiler, 10-15% untuk incinerator dan 10%-15% untuk Genset. Proporsi ini bergerak secara proposional sesuai kondisi yang ada.

Data pembelian dan pemakaian BBM Solar selama tahun 2022 sebanyak 470.000 Liter atau seharga Rp. 11.077.110.000,- sedangkan tahun 2023 sebanyak 455.000 Liter atau Rp. 13.021.930.000,-. Hal ini sangat memberikan dampak untuk anggaran pengeluaran rumah sakit. Apalagi BBM

Solar yang digunakan adalah BBM Non subsidi yang harganya bisa lebih 200% dari harga BBM Subsidi.

Atas dasar itulah, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar merencanakan efisiensi pembelian dan penggunaan BBM Solar di tahun 2024. Ada beberapa opsi yang direncanakan antara lain:

1. Penggantian semua alat-alat yang menggunakan uap dari mesin Boiler menjadi energy listrik. Tapi hal ini belumbisa dilakukan dalam waktu singkat, sehubungan ada beberapa alat yang harus dibeli.
2. Mengganti mesin Boiler BBM Solar menjadi mesin Boiler dengan energi listrik. Hal ini yang terkendala dikarenakan mesin Boiler listrik yang tersedia hanya mempunyai kapasitas 1 ton, sedangkan rumah sakit membutuhkan 2 ton.
3. Mengganti system burner di mesin boiler dari menggunakan BBM solar menjadi bahan bakar gas elpiji. Hal ini memungkinkan dilaksanakan karena biaya yang dikeluarkan hanya sekitar Rp 700.000.000,- dengan waktu pelaksanaan yang tidak terlalu lama.

Dari pertimbangan tersebut di atas, dilakukan analisa perhitungan kalor panas yang dihasilkan baik oleh BBM Solar dan Gas LPG. Setelah dikalkulasi, secara garis besar didapatkan pemakaian BBM Solar untuk 1 jam operasional Boiler 75 – 100 Liter, sedangkan pemakaian gas LPG untuk 1 jam operasional Boiler sebanyak 1 tabung gas yang ukuran 50 kg. Pemakaian normal Boiler dalam 1 hari selama 12 jam atau 360 – 372 jam dalam 1 bulan. Dari data ini dibuatkan tabel sebagai berikut:

Jenis Bahan	Volume Pemakaian	Waktu Operasional	Volume Total	Harga Satuan	Jumlah Total
BBM Solar	75 Liter	360 jam	27.000 Liter	Rp 24.500,-	Rp 661.500.000,-
Gas LPG 50 Kg	1 Tabung	360 jam	360 tabung	Rp 1.000.000,-	Rp 360.000.000,-

Secara estimasi perhitungan, akan didapatkan efisiensi anggaran pengeluaran untuk operasional Boiler sebesar 50 % jika menggunakan gas LPG 50 Kg dibandingkan BBM Solar. Atas dasar tersebut, maka rumah sakit akan melakukan proses penggantian sistem burner di mesin boiler diakhir tahun 2024.

#### **D. INOVASI**

Tahun 2024 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo mengajukan 3 inovasi dalam implementasi SAKIP yang telah ditetapkan berdasarkan keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/D/47301/2024 tentang inovasi satuan kerja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun Anggaran 2024. Inovasi tersebut adalah :

1. SIDORA (Sistem Informasi Donor Darah)
2. SIMANIS ( Sistem Informasi Manajemen Risiko)
3. BANG PEDE (Bantal Segitigas Pencegah Dekubitus)

## BAB IV PENUTUP

### A. KESIMPULAN

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari uraian bab-bab sebelumnya adalah :

1. Pencapaian kinerja RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dapat dilihat melalui hasil pengukuran Key Performance Indikator rencana strategis RSUP Dr. wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2020-2024. *Key Performance indikator* tahun 2024 terdapat 42 indikator yang disepakati pada kontrak kinerja tahun 2024 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dari ke 42 *Key Performance Indikator* Didalam kontrak kinerja yang diperjanjikan 20 indikator merupakan indikator berdasarkan Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dan 22 indikator tambahan yang merupakan mandatory dari Direktur Jenderal Pelayanan. Dari 42 *Key Performance Indikator* yang diperjanjikan terdapat 12 Indikator yang tidak mencapai target.
2. Realisasi anggaran belanja tahun 2024 adalah Rp. **1.425.541.634.305,- (95.21%)**, dari pagu sebesar **Rp 1.497.232.566.000,-**

### B. SARAN

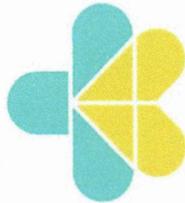
Dari kesimpulan diatas, beberapa saran-saran yang direkomendasikan adalah sebagai berikut :

1. Perlunya komitmen bersama untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan secara berkesinambungan dengan saling berkoordinasi untuk meningkatkan pencapaian kinerja pada periode selanjutnya
2. Melakukan monitoring dan upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat.
3. Segera menindaklanjuti rekomendasi atas hasil pengukuran kinerja yang telah dilakukan.
4. Mengoptimalkan peran Humas dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit untuk dapat Menyusun dan melaksanakan strategi pemasaran dengan baik dan sekaligus meningkatkan citra positif rumah sakit di masyarakat.
5. Melakukan peningkatan kompetensi staf Medis dan Non Medis baik dari segi Keterampilan, Pengetahuan dan Etika melalui Pelatihan-pelatihan dan peningkatan gelar pendidikan sesuai bidang kerja masing-masing staf.

6. Melakukan optimalisasi pemanfaatan asset termasuk pemeliharaan alat medis dan non medis serta menambah atau mengganti agar operasionalnya maksimal dan dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit.
7. Meningkatkan kerjasama dengan perusahaan swasta dan BUMN dalam hal pelayanan seperti Medical Chek Up untuk peningkatan pendapatan sehingga tidak tergantung pada klaim BPJS.

# LAMPIRAN

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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

Nama : Prof.Dr.dr.Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Dr Wahidin  
Sudirohusodo Makassar

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM.,MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

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.

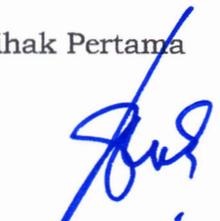
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

  
**dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM.,MARS**  
NIP 197106262000031002

  
**Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV**  
NIP 196705241995031001

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**  
**RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholder</i>	Indeks Kepuasan Pasien	90
		Indeks Kepuasan Peserta Didik	90
		Indeks Kepuasan Staf	90
2.	Terpenuhinya Layanan yang Komprehensif, Terpercaya dan Berkeadilan	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	100
		Persentase Ketepatan Waktu Layanan	80%
3.	Pengembangan Jantung Terpadu dan Mother & Child Center sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara	Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Pusat Jantung Terpadu	10%
		Pertumbuhan Jumlah Pasien pada Layanan Mother and Child Center	10%
4.	Pengembangan Layanan Inovatif pada Segmen Baru	Jumlah Layanan Inovatif Baru	2
5.	Peningkatan Kerja Sama Pendidikan dan Penelitian Berkelanjutan	Jumlah Penelitian Klinis di Layanan Unggulan	3
6.	Peningkatan kepatuhan DPJP	Persentase Kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai Jadwal	75%
7.	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif	Presentase pertumbuhan pasien	20%
8.	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	100%
9.	Pengembangan SIMRS menuju SMART Hospital	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	3
10.	Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat	OEE Alat Medik Utama	95
		OEE Prasarana Utama	98

11.	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	80%
		Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	100%
12.	Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh	6
13.	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kendali mutu dan kendali biaya	POBO	90
		Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNPB	30
14.	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5
		Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit	2
15.	Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat keluar negeri	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN	10%
		Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata utama	1
		Jumlah Rumah Sakit yang dibina dan mencapai strata madya	4
16.	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit	60%
		Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, Radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal	100%
17.	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan	10%
18.	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional	1 layanan
		Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	80%

		Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	100%
		Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis	80%
		Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik	100%
19.	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase pemenuhan SPA rumah sakit UPT Vertikal sesuai standard	90%
		Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standard	90%
20.	Meningkatnya mutu pelayanan Kesehatan rujukan	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target	100%
		Capaian hasil survey budaya keselamatan	>75%
		Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	95%
		Persentase realisasi target pendapatan BLU	>90%
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	96%
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	90%
		Persentase nilai EBITDA margin	15%

**Kegiatan**

Dukungan Manajemen dan Pelayanan Kesehatan dan JKN

**Anggaran**

Rp 1.126.765.954.000,-

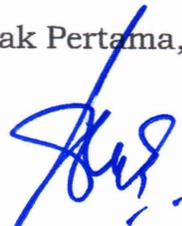
Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,



**dr. Azhar Jaya, S.H.,SKM.,MARS**  
NIP 197106262000031002

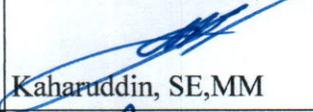


**Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV**  
NIP 196705241995031001

**LAK 2024**



**CATATAN HASIL REVIU  
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
RS WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
TAHUN 2024**

KEMENTERIAN KESEHATAN RI SATUAN PEMERIKSAAN INTERNAL		Disusun oleh/ Tanggal, 22/01/2025	 Ietje Hermah, SKep.Ns, M.Kep
		Direviu oleh/ Tanggal, 23/01/2025	 Kaharuddin, SE,MM
		Disetujui oleh/ Tanggal, 24/01/2025	 Drg. Ismar, M.Kes
Entitas Akuntabilitas	X	RS WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR	
<b>Uraian Catatan Hasil Reviu</b>			<b>Indeks KKR</b>
<p>Pelaksanaan Reviu Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah berdasarkan Surat Tugas Direktur Utama Nomor: PS.02.03/D.XIX/715/2025 tanggal 20 Januari 2025 perihal Reviu Laporan Kinerja/ Lakip RS Wahidin Sudirohusodo Makassar.</p> <p>Reviu ini tidak memindahkan tanggung jawab penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah RS Wahidin Sudirohusodo Makassar kepada SPI/SKI. Tanggung jawab penyusunan Laporan Kinerja termasuk kebenaran data sepenuhnya menjadi tanggung jawab Unit Kerja/Satker.</p> <p>Berdasarkan hasil reviu tersebut, bersama ini kami sampaikan Catatan Hasil Reviu sebagai berikut:</p>			
<b>A. Format Laporan Kinerja</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laporan kinerja telah menampilkan data penting IP</li> <li>2. LKj telah menyajikan informasi target kinerja</li> <li>3. LKj telah menyajikan capaian kinerja IP yang memadai</li> <li>4. Telah menyajikan dengan lampiran yang mendukung informasi pada badan laporan</li> <li>5. Telah menyajikan upaya perbaikan ke depan</li> <li>6. Telah menyajikan akuntabilitas keuangan</li> </ol>			<p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p>
<b>B. Mekanisme Penyusunan Laporan Kinerja</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. LKj IP disusun oleh unit kerja yang memiliki tugas fungsi untuk itu</li> <li>2. Informasi yang disampaikan dalam LKj telah didukung dengan data yang memadai</li> <li>3. Telah terdapat mekanisme penyampaian data dan informasi dari unit kerja ke unit penyusun LKj</li> <li>4. Telah ditetapkan penanggung jawab pengumpulan data/ informasi di setiap unit kerja</li> <li>5. Data/informasi kinerja yang disampaikan dalam LKj telah diyakini keandalannya</li> <li>6. Analisis/penjelasan dalam LKj telah diketahui oleh unit kerja terkait</li> <li>7. LKj IP bulanan merupakan gabungan partisipasi dari Unit Utama dibawahnya.</li> </ol>			<p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p> <p>(C)</p>

<b>C. Substansi Laporan Kinerja</b>	
1. Tujuan/ sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/ sasaran dalam perjanjian kinerja	(K-1)
2. Tujuan/sasaran dalam LKj masih ada yang belum selaras dengan rencana strategis/RAP/RAK	(K-1)
3. Tujuan/sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/sasaran dalam Indikator Kinerja	(K-1)
4. Tujuan/sasaran dalam LKj telah sesuai dengan tujuan/sasaran, dalam Indikator Kinerja Utama	(K-1)
5. Telah terdapat perbandingan data kinerja dengan tahun lalu, standar nasional dan sebagainya yang bermanfaat	(K-2)
6. IKU dan IK telah cukup mengukur tujuan/sasaran	(K-3)
7. IKU dan IK telah SMART	(K-3)
<b>D. Catatan Permasalahan Lainnya</b>	
1. Pada Key Performance Indikator Tahun 2024, dari seluruh indikator kinerja yaitu 42 indikator, terdapat 16 indikator belum mencapai target.	
2. Pada hasil penilaian Indikator Direktur utama tahun 2024, dari seluruh indikator kinerja yaitu 15 indikator, terdapat 5 indikator belum mencapai target dalam 4 bulan terakhir tahun 2024.	
3. Pada hasil penilaian Indikator Direktur utama tahun 2024, dari seluruh indikator kinerja yaitu 11 indikator, terdapat 4 indikator belum mencapai target	
<b>Koreksi / Perbaikan</b>	
<b>A. Koreksi / Perbaikan yang sudah dilakukan</b>	
Tidak Ada Koreksi Perbaikan	
<b>B. Koreksi / Perbaikan yang belum dilakukan</b>	
Tidak Ada Koreksi Perbaikan	
<b>C. Rekomendasi</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisis/penjelasan dalam laporan kinerja oleh unit kerja terkait perlu disosialisasikan.</li> <li>2. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap hasil pengukuran indikator kinerja, per periodik oleh unit terkait dan mengkoordinasikan hasilnya dengan unit kerja terkait.</li> <li>3. Diperlukan komitmen bersama untuk melakukan perbaikan secara berkesinambungan dan terus-menerus serta berkoordinasi dalam upaya meningkatkan capaian kinerja pada periode selanjutnya sehingga dapat meningkatkan mutu dan kualitas layanan pada Masyarakat.</li> </ol>	

4. Menindaklanjuti saran/rekomendasi atas hasil pengukuran kinerja yang tidak mencapai target.
5. Memastikan penetapan target kinerja tahun berikutnya lebih baik nilainya dibandingkan dengan realisasi target kinerja tahun sebelumnya.

<p>Makassar, 24 Januari 2025 Manager Perencanaan dan Evaluasi RS Wahidin Sudirohusodo</p>  <p><b>Furqan Djamaluddin, ST, M.Tr. Adm. Kes</b> NIP 198007212005011001</p>	<p>Makassar, 24 Januari 2025 Ketua Tim,</p>  <p><b>Kaharuddin, SE, MM</b> NIP196702242006041001</p>
<p>Direktur Utama RS Wahidin Sudirohusodo</p>  <p><b>Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An.KIC.KAKV</b> NIP 196705241995031001</p>	<p>Pengendali Teknis</p>  <p><b>Drg. Ismar, M. Kes</b> NIP 197105192002122005</p>