



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

RS WAHIDIN SUDIROHUSODO
TAHUN 2023



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas berkah dan rahmat-Nyalah sehingga Tahun Anggaran 2023 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 2023 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 2024

Direktur Utama,



Prof. Dr. dr. Syafri Kamsul Arif, Sp.An-KIC, KAKV
NIP. 19670524 199503 1 001

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA PERIODE TAHUN 2023

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

Plh. Direktur Layanan Operasional



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

Pengesahan Direksi



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 2023 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran sebesar **Rp. 1.121.786.634.603,- (92,38%)** dari pagu anggaran sebesar **Rp. 1.214.284.561.000,-**. 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 53 *Key Performance Indikator* Didalam kontrak kinerja terdapat 15 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 2023 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 2023 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 973 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.

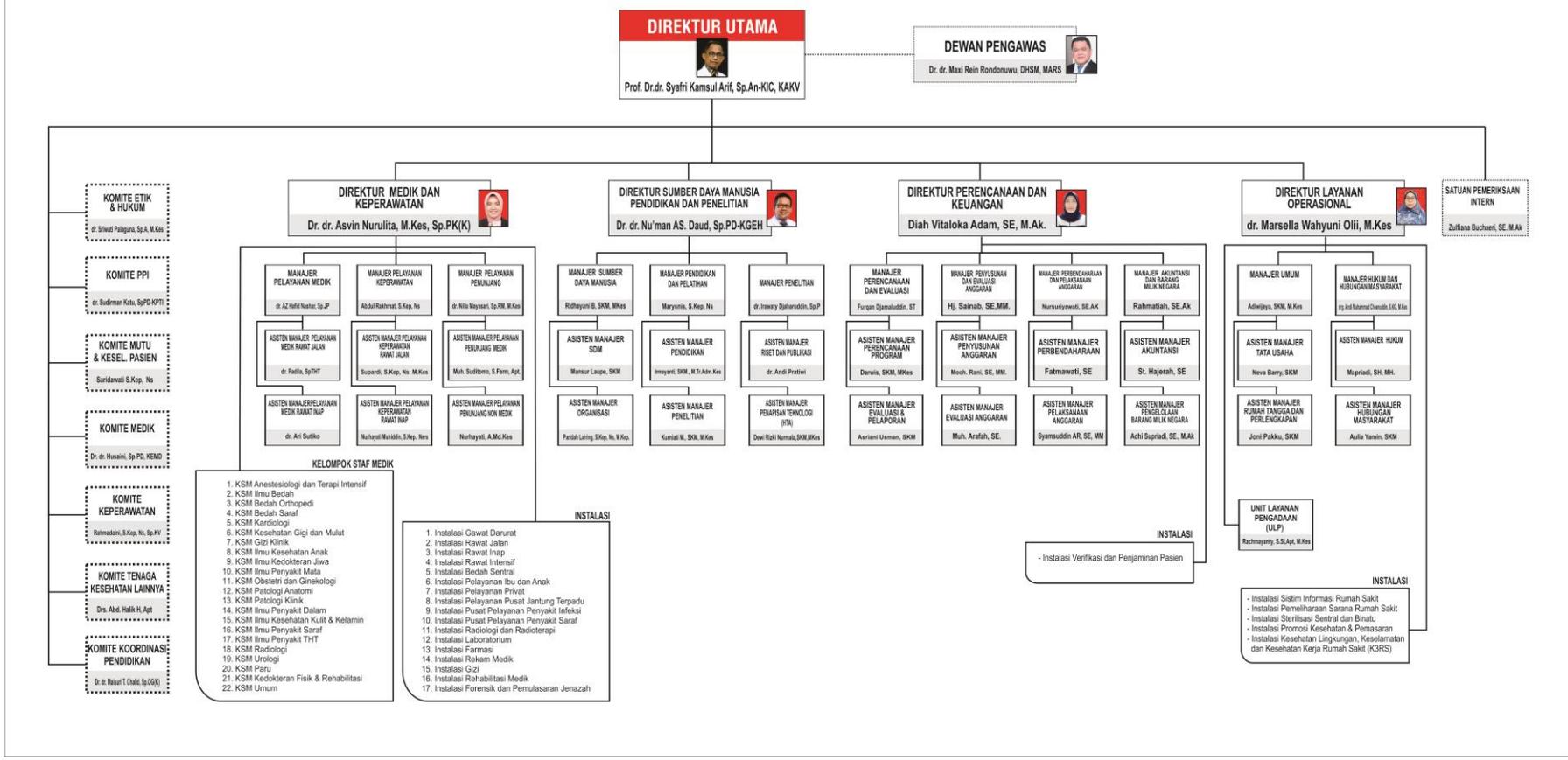
Dalam menjalankan tugasnya, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menyelenggarakan fungsi :

- 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 :



STRUKTUR ORGANISASI RSUP DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERMENKES RI NOMOR 58 TAHUN 2020





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				
		13	Persentase Kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai Jadwal dan tepat waktu	7	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran	11	Persentase pertumbuhan pasien
8	Terwujudnya sistem rujukan yang efektif	14	Persentase kasus severity level 3				

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		yang efektif		
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 & SISRUDE)	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
		23	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki			17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2023 - 2024			
SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR		SASARAN STRATEGIS		KEY PERFORMANCE INDIKATOR	
			sertifikasi sesuai standar				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				12
15	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasiskan kendali mutu dan kendali biaya	25	POBO	13	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasiskan kendali mutu dan kendali biaya	19	POBO
		26	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP			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 PNBP	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 2023 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Program Kerja Strategis tahun 2023 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	PROGRAM KERJA STRATEGIS
1	Indeks Kepuasan Pasien	Evaluasi dan program peningkatan kepuasan pasien (Keamanan Lingkungan)
		Pengaturan Sistem parkir (Zonasi dan Pembatasan)
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
		Pengembangan kamar operasi (MOT)
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	Penambahan layanan medik dan non medik yang inovatif
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 pengadaan temuan
13	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	Pengembangan Modul Mobile Application Tahap IV (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	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 medic
		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 2023. Berikut Perjanjian Kinerja yang dimaksud adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Perjanjian Kinerja tahun 2023 RSUP Dr. wahidin Sudirohusodo Makassar

SASARAN STRATEGIS			INDIKATOR KINERJA	TARGET
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Indeks Kepuasan Pasien	88
		2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	88
		3	Indeks Kepuasan Staf	88
2	Terwujudnya Layanan Komprehensif, terpercaya dan berkeadilan	4	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	100%
		5	Persentase Ketepatan Waktu Layanan	70%
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	4%
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	70%
7	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif	11	Presentase pertumbuhan pasien	5%
8	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	12	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	90%
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	94,7%
		15	OEE Prasarana Utama	97,7%
11	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	16	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	75%
		17	Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	90%
12	Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia	18	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh	5
13	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kendali mutu dan kendali biaya	19	POBO	88
		20	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBP	33%
INDIKATOR KINERJA TAMBAHAN				
14	Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	21	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95
25	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	22	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	2.4
16	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di Rumah Sakit	23	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali
17	Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di klinik VVIP	24	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		25	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
18	Terselenggaranya pelayanan centre of excellence di RS vertikal secara optimal	26	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
		27	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%



SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA	TARGET	
		28	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80%
		29	Penundaan waktu Operasi Elektif	3%
		30	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	80%
		31	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	6
19	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	32	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1
20	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	33	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1
21	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	34	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama)	1 Layanan
22	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	35	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		36	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
		37	Kepatuhan kebersihan tangan	90%
		38	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		39	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		40	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	80%
		41	Waktu tunggu rawat jalan	80%
		42	Penundaan operasi elektif	5%
		43	Kepatuhan waktu visit dokter	80%
		44	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%



SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA	TARGET	
		45	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	90%
		46	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	85%
		47	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		48	Kecepatan waktu tanggap komplain	80%
		49	Kepuasan pasien	88
23	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	50	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
		51	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	30 Menit
24	Indikator RPJMN	52	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
25	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen manajemen kesehatan kementerian kesehatan	53	Persentase nilai EBITDA Margin	15%

Jumlah Anggaran Kegiatan setelah revisi : Rp. 1.214.284.561.000,-



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. PENGUKURAN DAN ANALISIS CAPAIAN KINERJA

Tahun 2023 merupakan tahun keempat 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 2023 adalah Rp. 1.121.786.634.603,- (92,38%) dari total anggaran Rp. 1.214.284.561.000,-

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 jenderal 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	24	26.82
2	Aspek Internal Bisnis Proses	43	37.76
3	Aspek Learning & Growth	24	31.41
4	Aspek Finance	9	4.83
Total		100,00	100.81

Pencapaian pada tahun 2023 secara keseluruhan mencapai 101.87 meningkat jika dibandingkan dengan capaian di tahun 2022 (97,80). Tahun 2023 merupakan tahun ke keempat untuk 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 2023 :

a. Stakeholder

Indikator kinerja Utama (*Key Performance Indicator*) yang termasuk aspek Stakeholder dibagi dalam 2 sasaran strategis dengan 6 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

NO	KEY PERFORMANCE INDICATOR	TARGET 2023	CAPAIAN 2023	%	Bobot (B)	% x B
Terwujudnya Kepuasan Stakeholder						
1	Indeks Kepuasan Pasien	88	90.03	102.31	6	6.14
2	Indeks Kepuasan Peserta Didik	88	83.4	94.77	4	3.79
3	Indeks Kepuasan Staf	88	82.5	93.75	5	4.69
Terwujudnya layanan yang komprehensif, terpercaya dan berkeadilan						
4	Persentase complain yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	5	5.00
5	Persentase ketepatan waktu layanan	70%	91%	120%	6	7.20
Total Skor					26	26.82
% Capaian Perspektif Stakeholder					103%	



Pada sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder, total capaian seluruh indikator adalah 103% 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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan pasien	85	77.07	88	90.03	90	80

Dari tabel diatas dapat terlihat bahwa hasil survey diperoleh Indeks kepuasan pasien tahun 2023 memperoleh nilai 90.03 masuk dalam kategori kinerja layanan “Sangat Baik” dan Mutu Pelayanan “A”. Indeks kepuasan pasien mencapai target tahun 2023 yaitu 88, sudah mencapai target jangka menengah (tahun 2024) dan melampaui target secara nasional yaitu 80. Capaian ini meningkat jika dibandingkan pada tahun 2022 diperoleh nilai 77,07. Dari hasil survey diperoleh bahwa secara keseluruhan berdasarkan unsur pelayanan diperoleh unsur terendah adalah penanganan pengaduan dan tertinggi pada unsur biaya. Berdasarkan instalasi pelayanan, instalasi Pusat Jantung Terpadu memperoleh nilai tertinggi dan terendah instalasi infection centre. Dan berdasarkan jenis layanan, tertinggi pada layanan penunjang dan terendah pada pelayanan gawat darurat.

Analisa Kendala / hambatan :

Unsur penanganan pengaduan merupakan unsur terendah yang mempengaruhi dalam survey kepuasan pasien. Masih ada pasien dan



keluarga pasien yang tidak mengetahui tentang layanan pengaduan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Upaya-upaya perbaikan

- Melakukan sosialisasi tentang layanan penanganan pengaduan baik lewat website, pamphlet ataupun poster-poster yang ditempel di ruang – ruang perawatan, ruang tunggu pasien maupun di nurse station.
- Untuk dapat mengatasi komplain secara cepat dibuat layanan pengaduan secara online melalui QR code yang dipasang di customer service Rawat Jalan dan ruang-ruang perawatan.
- Memberikan Pelatihan Pelayanan Prima bagi petugas kesehatan di pelayanan public yang terdiri dari petugas farmasi, kasir, petugas di loket pendaftaran, Customer Service, perawat poliklinik, security dan petugas parkir.

Rekomendasi

Menindaklanjuti hasil survey kepuasan sesuai dengan temuan yang didapatkan dilapangan dengan membuat rencana tindak lanjut untuk percepatan proses perbaikan dan melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan peserta Didik	85	80.70	88	83.4	90	80

Indeks Kepuasan peserta didik tahun 2023 diperoleh nilai 83,4 masuk dalam kategori B (baik) namun tidak mencapai target tahun 2023 yaitu 85. Capaian indeks kepuasan peserta didik meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2022 yang mencapai 80,70 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) pada sub aspek kelengkapan media pembelajaran. Masih ada peserta didik yang merasa masih mengeluhkan kurangnya sarana dan prasarana pembelajaran.

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.
- Memaksimalkan Peranan para dosen pembimbing lapangan sangat berpengaruh terhadap kepuasan peserta.

3. Indeks Kepuasan Staf

Indeks kepuasan staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negative 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 3,3 dengan nilai 82,5 masuk dalam kategori A (sangat baik). Capaian tertinggi pada indikator gaji dengan nilai 84,5 dan terendah pada indikator promosi dengan nilai 79,5.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah	Target Nasional
Indeks Kepuasan Staf	85	85.39	88	82.5	90	80

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



2022 indikator indeks kepuasan staf menurun, capaian tahun 2022 adalah 85,39.

Kendala / Hambatan

Dari hasil survey didapatkan bahwa tingkat kepuasan staf dilihat dari indikator penilaian paling rendah adalah kesempatan pendidikan dan pelatihan (pengembangan karir) yang diberikan kepada karyawan. RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar ditetapkan sebagai rumah sakit pengampu 9 layanan prioritas dengan strata paripurna. Untuk itu yang menjadi prioritas pengembangan layanan termasuk didalamnya pengembangan SDM adalah 9 layanan prioritas antara lain Pelayanan Stroke, Pelayanan kanker, pelayanan gastrohepatologi, pelayanan uronefrologi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kardiovaskular, pelayanan respirasi dan tuberkulosis, pelayanan diabetes mellitus dan penyakit infeksi emerging.

Upaya-upaya perbaikan

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

- Untuk menjamin kesempatan untuk maju dan pengembangan karir staf, dibuka kesempatan untuk pendidikan dan pelatihan bagi staf dengan biaya rumah sakit.
- *Membuat Training Need Analysis (TNA)* untuk mengidentifikasi jenis pelatihan yang diperlukan yang melibatkan seluruh bagian dan instalasi dilingkup rumah sakit.
- Untuk pengembangan karir dilakukan analisis peta jabatan sesuai kebutuhan organisasi dengan memperhatikan kompetensi dan pendidikan pegawai yang sesuai dengan standar yang ditetapkan untuk masing-masing jabatan.

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase komplain yang ditindak lanjuti	100%	100%	100%	100%	100%

Untuk capaian tahun 2023, KPI Persentase komplain yang ditindak lanjuti adalah 100% sesuai dengan target yang telah ditetapkan dan capaian yang sama dibandingkan dengan tahun 2022 dan telah mencapai untuk target menengah tahun 2024.

Dalam rangka mempercepat penanganan komplain RSUP Dr. Wahidin Sudiorhusodo Makassar telah mengembangkan aplikasi mobile pelaporan komplain dengan nama SIMPATI (Sistem Manajemen Pengaduan Terintegrasi). Selain itu, penyampaian komplain dapat juga dilakukan melalui media website <http://rsupwahidin.com>, dapat juga melalui QR barcode yang dipasang di ruang-ruang perawatan, nurse station dan di costumer service. Selain melalui media, komplain dapat djuga dilakukan secara langsung pada petugas di unit-unit pelayanan, costumer service dan bagian Hubungan Masyarakat (HUMAS).

Namun yang masih menjadi kendala adalah masih ada pasien maupun keluarga pasien belum mengetahui dimana tempat atau media menyampaikan komplain. Untuk itu sosialisasi tentang alur komplain secara bertahap perlu dilakukan baik itu melalui pemasangan poster maupun melalui sosial media.

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%.

Target persentase ketepatan waktu layanan tahun 2023 adalah 70% dengan capaian 80,71%, sudah memenuhi target yang telah ditetapkan dan meningkat bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022 dan mencapai target jangka menengah (2024).

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase ketepatan waktu layanan	60%	76,37%	70%	80,71%	80%

Walaupun waktu tunggu pelayanan di telah mencapai target, yang menjadi kendala adalah operasi elektif dimana pada pertengahan tahun 2023 sejumlah kamar operasi direnovasi sehingga dikhawatirkan akan mengganggu pencapaian waktu tunggu operasi elektif.

Adapun upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan capaian waktu layanan adalah:

- Optimalisasi kamar operasi yang ada dengan mengaktifkan kembali 2 kamar operasi di IGD pinang dan menambah jadwal operasi elektif di hari sabtu.
- Optimalisasi sistem pendaftaran antrian online dengan mengimplementasikan elektronik Surat Elegibilitas Peserta (e-SEP). Dengan adanya e-SEP akan mengurangi antrian di bagian pendaftaran rawat jalan.
- Rekrutmen tenaga kontrak farmasi untuk mengatasi kendala kekurangan SDM akibat adanya tenaga SDM yang memasuki masa purna bakti ataupun yang keluar karena mendapatkan pekerjaan di tempat lain.
- Pengaturan kembali jadwal dokter penanggung jawab pelayanan agar tidak tumpang tindih antara pelayanan poliklinik, pelayanan visite pasien rawat inap dan pelayanan di kamar operasi.
- Pemenuhan sarana prasarana penunjang pelayanan untuk memaksimalkan pelayanan



- Secara rutin melakukan Monitoring dan evaluasi layanan di rawat jalan, rawat inap dan penunjang.

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 2023	CAPAIAN 2023	%	Bobot (B)	% x B
Pengembangan Jantung Terpadu dan Mother & Child Centre sebagai layanan unggulan di Asia Tenggara						
1	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Jantung Terpadu	10%	19,50%	120%	5	6.00
2	Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother & Child Centre	4%	19.90%	120%	5	6.00
Pengembangan layanan inovatif pada segmen baru						
3	Jumlah layanan inovatif baru	2	2	100%	4	4.00
Peningkatan kerjasama pendidikan dan penelitian berkelanjutan						
4	Jumlah penelitian klinis di layanan Unggulan	3	20	120%	4	1.80
Peningkatan Kepatuhan DPJP						
5	Persentase kepatuhan DPJP di poliklinik	70%	77%	110%	6	6.60
Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif						
6	Persentase pertumbuhan pasien	5%	24,91%	120%	5	6.00
Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)						
7	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	90%	98%	108,89%	4	4.36
Total Skor					33	37.76
% Capaian Perspektif Internal Bisnis Proses					114.41%	

Total capaian untuk 6 sasaran strategis pada perspektif internal bisnis proses adalah 114,41% dari total bobot perspektif. Berikut diuraikan capaian per masing-masing indikator :

1. Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan jantung terpadu

Indikator Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan jantung terpadu merupakan Indikator baru yang ditambahkan setelah dilakukan revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2020-2024. 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 cakupannya 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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan pusat jantung terpadu	10%	49,19%	10%	19,50%	10%

Capaian pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Jantung Terpadu Tahun 2023 adalah 19,50% melebihi target tahun yang ditentukan sebesar 10%, melebihi target menengah namun menurun dibandingkan tahun 2022.

Di tahun 2022 terjadi lonjakan pertumbuhan pasien yang signifikan. Mulai menurunnya kasus Covid-19, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar mulai membuka kembali layanan yang dibatasi akibat pandemic Covid-19. Sebagai salah satu layanan unggulan yang diharapkan mampu bersaing di Asia tenggara serta sebagai rumah salah satu rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kardiovaskuler dengan strata paripurna, Pusat Jantung Terpadu sudah dilengkapi dengan peralatan medis yang canggih dan lengkap, sarana prasarana penunjang yang memadai serta tenaga medis dan paramedis yang handal.

2. Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre

Indikator Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child merupakan Indikator baru yang ditambahkan setelah dilakukan revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2020-2024. Layanan Mother and Child Centre merupakan salah satu layanan unggulan yang diharapkan mampu bersaing di kawasan Asia Tenggara. Pengembangan layanan Mother and Child Centre saat ini dilakukan dengan dana PHLN dari Islamic Development Bank (IsDB) dimana saat ini memasuki tahap pembangunan 8 lantai yang direncanakan akan selesai pada pertengahan tahun 2024.



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

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

Capaian pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre Tahun 2023 adalah 19,90% melebihi target tahun 2023 yang ditentukan sebesar 4% dan sudah melampaui target jangka menengah 10% namun menurun jika dibandingkan tahun 2024.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Pertumbuhan jumlah pasien pada layanan Mother and Child Centre	4%	44,27%	4%	19,90%	10%

Pertumbuhan jumlah pasien ditahun 2022 sangat besar mencapai 44,27% tidak lepas dari kebijakan manajemen untuk membuka kembali layanan-layanan yang dibatasi pada saat pandemi Covid-19 dimana pada saat pandemi Covid-19, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit rujukan penanganan Covid-19 sehingga penanganan Covid-19 menjadi prioritas utama dalam pelayanan di rumah sakit.

Untuk meningkatkan layanan unggulan Mother and child centre, RSUP dr. wahidin Sudirohusodo Makassar menjalin kerjasama 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).

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 2023



ditargetkan 2 layanan dan sudah mencapai target untuk tahun 2023, layanan inovatif baru tersebut adalah Ambulance Mobile dan Layanan Transplantasi Ginjal.

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 2022 dan tahun 2023 serta ditargetkan pada jangka menengah 2 layanan baru.

2 layanan baru yang telah di wujudkan tahun 2023 adalah Layanan ambulance mobile dan layanan transplantasi ginjal. Layanan ambulance mobile merupakan salah satu inovasi layanan yang dapat diakses melalui aplikasi antrian online RSWS yang dilengkapi dengan *panic button* yang akan menghubungkan pasien dengan petugas *command centre* RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Layanan Transplantasi ginjal pertama kali dilakukan pada bulan November 2023 dengan pedampingan oleh Tim Transplantasi Ginjal RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

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 Centre, Mother and Child Center, Gastro enteropatologi Center, intensive Care Centre, Infection Centre dan Brain Center.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Jumlah penelitian klinis dilayanan unggulan	3	48	3	20	3

Capaian tahun 2023 untuk KPI Jumlah penelitian klinis dilayanan unggulan adalah 20 penelitian sudah mencapai target bahkan melebihi dari 3 penelitian yang ditargetkan. Bila dibandingkan dengan tahun 2022



capaiannya menurun, tahun 2022 terdapat 48 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 dipoliklinik 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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase kepatuhan DPJP di Poliklinik sesuai dengan jadwal dan tepat waktu	65%	81%	70%	77%	75%

Capaian tahun 2023 diperoleh nilai 77% telah melebihi dari target yang ditentukan yaitu 70% dan telah melebihi target jangka menengah namun menurun dibandingkan capaian tahun 2022, tahun 2022 diperoleh nilai 81%.



Kendala/hambatan :

Jadwal DPJP yang memberi pelayanan di poliklinik tumpang tindih dengan jadwal visite pasien rawat inap dan jadwal operasi.

Upaya Perbaikan :

- Pengaturan ulang jadwal DPJP agar tidak berbenturan dengan jadwal visite pasien rawat inap dan jadwal operasi
- Sosialisasi kepada DPJP tentang pengaturan jadwal poliklinik, jadwal visite pasien rawat inap dan jadwal operasi ke setiap Kelompok Staf Medis.

Rekomendasi :

- Pembuatan sistem terintegrasi jadwal dokter DPJP
- Pemenuhan jumlah SDM sesuai dengan analisis beban kerja dan prioritas layanan

6. Persentase Pertumbuhan Pasien

Indikator persentase pertumbuhan pasien merupakan indikator baru yang ditetapkan dalam revisi kedua Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. 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 2023 adalah 24,91% melebihi target tahun 2023 yang ditentukan sebesar 5% dan sudah melampaui target jangka menengah 5%.

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

- 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 sosial, webinar kesehatan dan edukasi kesehatan baik internal maupun eksternal
- Memaksimalkan potensi kerjasama dengan asuransi dan mitra potensial lainnya.
- Pengaktifan kembali Manajer Pelayanan Pasien untuk mengontrol *Length Of Stay* (LOS).

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	80%	100%	90%	98%	100%

Hasil perhitungan capaian KPI tahun 2023 adalah 98% sudah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2023 yaitu sebesar 90% namun menurun dibandingkan tahun 2022 dan belum 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	CAPAIAN	%	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	94,70%	94,92%	100,23	6	6.01
3	OEE prasarana utama	97,70%	97,98%	100,29	6	6.02
Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi						
4	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standar	75%	96,89%	120	5	6.00
5	Jumlah layanan pada pusat jantung terpadu dan Mother and child centre yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	90%	76%	84,44	4	3.38
Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia						
6	Jumlah rumah sakit jejaring yang diampuh	5	5	100	6	6.00
Total Skor					31	31,41
% Capaian Perspektif Learning & Growth					101,32	

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 2023 adalah 3 (+ mitra) modul dan sudah terealisasi 3 modul. Modul *mobile application* tersebut adalah ambulance mobile, remunerasi mobile dan *Chest Pain Relieve Response* (CPRR) Mobile.. Pada tahun 2022 capaian indikator ini adalah 2 modul (+kepegawaian) modul yaitu modul Mobile absensi pegawai dan mobile dokter.

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah	Standar Internasional
OEE alat medik utama	94,3%	94,57%	94,7%	94,92%	95%	85%

Capaian perhitungan OEE alat medik utama tahun 2023 adalah 94,92%, sudah mencapai target yang ditetapkan sebesar 94,7% dan meningkat bila dibandingkan tahun 2022 dimana hasil yang diperoleh adalah 94,57%. Belum mencapai target menengah namun sudah melampaui standar OEE menurut *benchmark world class* yaitu 85%.

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah	Standar Internasional
OEE prasarana utama utama	97,3%	98,85%	97,7%	97,98%	98%	85%

Target KPI OEE prasarana utama tahun 2023 adalah 97,7% dan diperoleh hasil 97,98% namun menurun dibandingkan capaian tahun tahun 2022. Hasil perhitungan OEE prasarana utama juga belum mencapai target jangka menengah namun sudah melebihi dari standar OEE menurut *benchmark world class* yaitu 85%.

Tercapainya indikator ini tidak terlepas dari pemeliharaan sarana dan prasarana yang dilakukan terus menerus untuk dapat memenuhi kebutuhan pasien akan sarana dan prasarana yang memadai.

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. Perhitungan KPI adalah jumlah tenaga kesehatan yang tersertifikasi sesuai standar



pada area kritis dibagi jumlah total tenaga kesehatan pada area kritis dikali 100%.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase tenaga kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standar	70%	73,66%	75%	96,89%	80%

Untuk tahun 2023 ditargetkan 75% dan sudah mencapai target yang ditentukan bahkan melebihi dari target jangka menengah hasil yang dicapai adalah 96,89%. Capaian indikator ini meningkat dibandingkan tahun 2022, dimana capaian tahun 2022 sebesar 73,66%. Upaya yang telah dilakukan sehingga capaian indikator meningkat ditahun 2023 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 2023 untuk indikator ini adalah 90%, hasil yang dicapai adalah 76% belum memenuhi target yang telah ditentukan ditahun 2023 namun meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2022.



Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Jumlah layanan pada pusat jantung terpadu dan mother and child centre yang memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	80%	44%	90%	76%	100%

Kendala/hambatan :

- Belum seluruh layanan memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional (Bahasa Inggris)

Upaya yang telah dilakukan :

- Mengidentifikasi layanan yang memiliki SDM dengan kemampuan bahasa internasional
- Mengidentifikasi kebutuhan berbahasa internasional di unit layanan

Rekomendasi :

- Meningkatkan kemampuan berbahasa internasional dengan 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.
- Menerapkan hari bahasa internasional pada layanan unggulan Pusat jantung terpadu dan mother and child centre

6. Jumlah rumah sakit jejaring yang diampu

Indikator jumlah rumah sakit jejaring yang diampu merupakan salah satu indikator baru yang ditambahkan didalam revisi II rencana stratageis bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 202-2024 guna mendukung tercapainya tujuan strategis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2024.

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 2023 target 5 rumah sakit jejaring yang diampu telah mencapai target. Rumah sakit jejaring yang diampu antara lain :

1. RSUD Labuag Baji Provinsi Sulawesi Selatan, strata madya ditargetkan menjadi strata utama

2. RSUD Andi Makkasau pare-pare, strata pratama ditargetkan menjadi strata madya
3. RS dr. Hasri Ainun Habibie pare-pare, strata pratama ditargetkan menjadi strata madya
4. RSUD Provinsi Sulawesi Barat, strata madya ditargetkan menjadi strata utama
5. RSUD Tenriawaru Bone, strata pratama ditargetkan menjadi strata madya

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

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	88	84,97%	96,56%	5	4,83
2	Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNB	33%	37%	0	5	0
Total Skor					10	4,83
% Capaian Perspektif Finance					48,28%	

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 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
POBO	86%	89,99%	88%	84,97%	90%

Untuk tahun 2023 POBO ditargetkan 88% dan diperoleh capaian 84,97%, belum mencapai target yang ditentukan dan menurun bila



dibandingkan capaian tahun 2022, capaian tahun 2022 sebesar 89,99% dan belum mencapai target jangka menengah.

Untuk meningkatkan capaian KPI ini dilakukan upaya-upaya :

- Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya terutama obat dan bahan habis pakai
- Melakukan optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihan
- Mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan asset yang dapat menghasilkan pendapatan

2. Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBPN

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 PNBPN adalah jumlah perbelanjaan farmasi dibagi total PNBPN dikali 100%.

Indikator	Target 2022	Capaian 2022	Target 2023	Capaian 2023	Target Menengah
Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNBPN	35%	27%	33%	37%	30%

Untuk indikator ini ditetapkan target tahun 2023 sebesar 33%. Capaian tahun 2023 belum mencapai target dengan perolehan sebesar 37%% menurun bila dibandingkan tahun 2022 diperoleh 27%, dan belum mencapai target jangka menengah.

Kendala/Hambatan :

- Belum ada standar obat dan BMHP untuk sebagian besar tindakan
- Belum dilakukan pengendalian pemakaian persediaan farmasi secara rutin

Upaya perbaikan :

- 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 logistik untuk pengelolaan persediaan farmasi



Rekomendasi :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk pemakaian persediaan farmasi
- Evaluasi kepatuhan clinical pathway, formularium nasional dan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA).

Key Performance Indikator Mandatori

Key Performance Indikator Mandatori merupakan indikator tambahan yang merupakan mandatory dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebanyak 33 Indikator yang mana indikator tersebut ditetapkan dalam kontrak kinerja antara direktur jenderal pelayanan kesehatan dan direktur utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2023. Key Performance Indikator tersebut antara lain :

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2023	CAPAIAN 2023	PERSENTASE CAPAIAN
1	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95	96.06%	101.12%
2	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5	13.66%	0%
3	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	1 kali	50.00%
4	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Sesuai RBA	4 layanan	100.00%
5	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	5,46%	54,6%
6	RS memiliki layanan unggulan bertaraf Internasional	1 layanan	1 layanan	100.00%
7	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	186%	120.00%
8	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%	65.78%	82.23%
9	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%	2.53%	100%
10	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	77%	95.95%
11	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	6	6	100.00%
12	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi Utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1	0	0.00%
13	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1	1	100.00%
14	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	9 Layanan	9	100.00%
15	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12	100.00%



16	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	10	83.33%
17	Kepatuhan kebersihan tangan	$\geq 90\%$	75.11%	83.46%
18	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	100%
19	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	100.00%
20	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	$\geq 80\%$	80%	100.00%
21	Waktu tunggu rawat jalan	$\geq 80\%$	85.42%	106.78%
22	Penundaan operasi elektif	$\leq 5\%$	2.53%	100%
23	Kepatuhan waktu visit dokter	$\geq 80\%$	61.23%	76.54%
24	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100.00%
25	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	$\geq 90\%$	98.62%	109.58%
26	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	$\geq 85\%$	100%	117.65%
27	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%
28	Kecepatan waktu tanggap komplain	$\geq 80\%$	100%	120.00%
29	Kepuasan pasien	$\text{IKM} \geq 80$	90.03	112.54%
30	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem	100.00%
31	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	30 menit	35 menit	116.67%
32	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%	100%	100.00%
33	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	13%	86.67%
RATA - RATA				91,43%

Rata-rata capaian untuk Key Performance Indikator yang merupakan mandatory dari Dirjen Pelayanan Kesehatan adalah 91,43% dimana dari 33 indikator ada 14 Indikator yang tidak mencapai target. Berikut diuraikan capaian per masing-masing indikator :

1. 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 yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya



Adapun cara perhitungan indikator tersebut adalah :

- Persen pemenuhan jumlah sarana (S), Prasarana (P) dan Alat kesehatan (A) di Rumah sakit dibagi atandar acuan dikali 100%
- Persen prasarana dan alat kesehatan = jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat yang wajib dikalibrasi dikali 100%
- Menghitung hasil akhir/persentase pemenuhan SPA (Persentaase SPA + Persentase kalibrasi) / 2

Hasil capaian indikator Persentase pemenuhan Sarana Prasarana Alat Rumah Sakit UPT Vertikal Sesuai Standar tahun 2023 adalah sebesar 96,06% sudah mencapai target yang ditetapkan di tahun 2023.

2. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal adalah selisih NDR (Net Death Rate) rumah sakit vertikal tahun berjalan dibandingkan dengan NDR tahun sebelumnya dikali 100%. Net Death Rate adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat tiap-tiap 1000 penderita keluar.

Target indikator ini pada tahun 2023 adalah < 2,5%. Realisasi capaian tahun 2023 adalah 13,66%, tidak mencapai target yang ditentukan.

Adapun yang menjadi kendala dari tercapainya indikator ini adalah :

- Pasien yang dirujuk ke rumah sakit adalah pasien-pasien dengan kompleksitas penyakit yang berat dan kadang dalam kondisi terminal/paliatif
- Pasien dengan kompleksitas penyakit yang dirujuk mengalami perburukan selama di rawat atau pasca tindakan

Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi kendala adalah :

- 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

Rekomendasi :

- Mengoptimalkan pengampunan rumah sakit jejaring sehingga kasus-kasus pasien paliatif dapat ditangani di rumah sakit-rumah sakit daerah.
- Menjamin tersedianya sarana, prasarana bahan habis pakai dan obat-obatan yang dibutuhkan dalam pelayanan pasien.



3. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 layanan prioritas 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 2023 indikator ini ditargetkan 2 laporan yang dilaporkan pada setiap semester tahun 2023. Hasil yang diperoleh adalah 1 laporan hasil audit medis yang dilaporkan.

Kendala/hambatan :

Komite medik sebagai pelaksana audit medis belum melaksanakan audit klinis/audit medis secara rutin.

Upaya perbaikan :

- mengotimalkan komite medis untuk melakukan audit klinis/medis secara rutin dengan melibatkan komite keperawatan dan komite tenaga kesehatan lainnya
- Melakuakn monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil audit medis

Rekomendasi :

- Menetapkan sistem pelaporan audit medis dengan alur yang jelas dan diketahui oleh pihak terkait.

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

Maksud dari indikator tersedianya pelayanan unggulan VVIP di rumah sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran adalah pelayanan unggulan rawat jalan dan atau rawat inap di rumah sakit vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rumah sakit vertikal.

Layanan VVIP merupakan salah satu layanan yang menjadi unggulan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar berada dibawah instalasi pelayanan Private yang terdiri dari pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang. Pelayanan unggulan VVIP RSUP dr. wahidin Sudirohusodo Makassar menargetkan 4 layanan yang menjadi unggulan ditahun 2023 dan sudah tercapai. Adapun layanan unggulan tersebut adalah : One day care, anging and wellness, vaksin centre dan Medical Chek UP (MCU).



5. Persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan unggulan VVIP

Persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan unggulan VVIP adalah persentase kunjungan pasien VVIP di rumah sakit vertikal.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{Jumlah total kunjungan pasien RSV}} \times 100\%$$

Tahun 2023 target indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan unggulan VVIP adalah 10 %, capaian realisasi didapatkan 5,46% belum mencapai target tahun 2023.

Kendala/hambatan :

- Tarif pelayanan VVIP belum kompetitif
- Belum optimalnya kerjasama dengan pihak asuransi swasta
- Tidak tersedianya ruang tunggu yang nyaman bagi pasien
- Terbatasnya sistem informasi bagi pasien VVIP untuk bertemu dokter

Upaya tindak lanjut :

- Melakukan penyesuaian tarif pelayanan VVIP dengan membandingkan tarif di rumah sakit swasta terkemuka di Makassar
- Membina komunikasi yang baik antara rumah sakit dan pihak swasta
- Menyediakan ruang tunggu yang nyaman dengan sarana yang memadai
- Menyediakan parkir valet bagi pasien VVIP

Rekomendasi :

- Menyediakan sistem informasi melalui aplikasi / WA gate untuk pasien VVIP mulai dari pendaftaran poli hingga layanan farmasi dan hasil pemeriksaan penunjang.

6. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Fasilitas parker adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.



Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit dengan Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00. Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai dan tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman.

Cara perhitungan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah satuan parker yang tersedia sesuai standar}}{\text{Jumlah kebutuhan satuan ruang parker sesuai standar}} \times 100\%$$

Dari hasil perhitungan didapatkan nilai 186%, sudah melebihi target yang ditentukan di tahun 2023 sebesar 70%. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo telah mengatur zonasi parker untuk pengunjung, pegawai dan peserta didik. Area parkir yang berada didalam kawasan rumah sakit diperuntukkan untuk pengunjung. Area parkir untuk pegawai dan peserta didik menempati area parkir diluar kawasan rumah sakit dengan bekerjasama dengan Universitas Hasanuddin. Untuk itu pihak manajemen akan melakukan monitoring dan evaluasi tentang kepatuhan terhadap regulasi perparkiran yang sudah di tetapkan.

7. Rumah Sakit memiliki layanan unggulan bertaraf internasional

Pengertian dari Rumah Sakit memiliki layanan unggulan bertaraf internasional adalah rumah sakit yang menyelenggarakan kerjasama dengan rumah sakit atau Institusi Kesehatan Luar Negeri terkait layanan unggulannya. Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama dan atau hasil evaluasi dengan target tahun 2023 adalah 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.

8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dihitung dari mulai pasien chek in di rumah sakit sampai dengan menerima obat.

Chek ini adalah saat pasien melakukan monfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran dengan standar waktu ≤ 120 menit.

Adapun cara perhitungannya adalah Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ≤ 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%. Hasil yang diperoleh dari perhitungan indikator ini adalah 65,78%, tidak memenuhi target, dimana target tahun 2023 adalah 80%.

Kendala / Hambatan :

- Terjadi perpanjangan waktu tunggu di farmasi disebabkan kekurangan SDM dan sarana penunjang.

Upaya tindak lanjut :

- Rekrutmen tenaga kontrak farmasi
- Penambahan sarana penunjang antara lain komputer bagi staf di depo farmasi rawat jalan
- Penambahan loket pengambilan obat
- Sosialisasi budaya kerja monitoring dan evaluasi budaya kerja untuk seluruh staf

Rekomendasi :

- Pengaturan kembali alur layanan di depo farmasi rawat jalan dengan pemberlakuan sistem antrian tunggal

9. Penundaan waktu 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 telah ditentukan. Adapun cara perhitungannya adalah jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1



jam dibagi dengan jumlah pasien operasi elektif dikali 100% dengan target tahun 2023 adalah 3%.

Capaian indikator penundaan operasi elektif tahun 2023 adalah 2,53% sudah mencapai target yang telah ditentukan. Adapun upaya yang telah dilakukan untuk mengurangi adanya penundaan operasi adalah :

- Mengatur jadwal operasi agar tidak tumpang tindih dengan jadwal poliklinik dan jadwal visite dokter
- Sosialisasi secara berkala tentang penjadwaan operasi DPJP
- Penambahan jadwal shift kamar operasi dengan menambah jadwal operasi elektif dihari sabtu

Untuk lebih mengurangi adanya penundaan waktu operasi elektif direkomendasikan :

- Penambahan jadwal shift kamar operasi yang sebelumnya 2 shift menjadi 3 shift.

10. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan oleh rumah sakit. Tenaga medis yang dimaksud adalah adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Cara perhitungan indikator ini adalah jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan dibagi dengan jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik dikali 100% dengan target tahun 2023 adalah 80%.

Capaian tahun 2023 untuk indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah 77 %, tidak mencapai target yang telah ditentukan.

Kendala / hambatan :

- DPJP memiliki jadwal visite pasien rawat inap dan atau jadwal operasi yang bersamaan dengan jadwal poliklinik

Upaya tindak lanjut :

- Pengaturan jadwal poliklinik dokter agar tidak tumpang tindih dengan jadwal poliklinik dan jadwal visite dokter

Rekomendasi :

- Kehadiran Dokter di poliklinik tepat waktu diperhitungkan dalam remunerasi berupa pengurangan sebanyak 5% apabila tidak berada ditempat pada waktu jadwal poliklinik diwaktu yang telah ditentukan



- Pemberlakuan sistem finger print untuk kehadiran Dokter baik organik maupun visiting di poliklinik.

11. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefro)

Indikator klinis layanan prioritas KJSU merupakan indikator klinis yang ditetapkan oleh Direktorat Tata Kelola Pelayanan kesehatan yang terdiri dari 6 Indikator antara lain :

- Lama Rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa komplikasi 5 hari
- Terapi fibrinolitik : “Door TO Needle” ≤ 30 Menit
- Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) < 7 hari
- Pasien PGK stadium 5 indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis dalam 1 x 24 jam
- Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram ≤ 1500 gram
- Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia / eklampsia di rumah sakit

Dari 6 Indikator tersebut diatas semuanya mencapai target yang ditentukan dengan rincian sebagai berikut :

NO	Indikator Kinerja	Target tahun 2023	Capaian Tahun 2023
1	Lama Rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa komplikasi 5 hari	80%	82,60%
2	Terapi fibrinolitik : “Door TO Needle” ≤ 30 Menit	80%	100%
3	Pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) < 7 hari	80%	89,29%
4	Pasien PGK stadium 5 indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis dalam 1 x 24 jam	80%	100%
5	Kemampuan menangani BBLSR 1000 gram ≤ 1500 gram	80%	100%
6	Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia / eklampsia di rumah sakit	30%	0,00%

Untuk lebih meningkatkan capaian indikator ini hal – hal yang perlu dilakukan adalah :

- Peningkatan kompetensi SDM dengan pendidikan dan pelatihan utamanya area kritis
- Mengoptimalkan sistem rujukan terintegrasi dalam memberikan informasi terkait hal-hal yang perlu diperhatikan dan disiapkan sebelum merujuk.
- Menjamin ketersediaan obat-obatan dan BMHP yang dibutuhkan



12. 1 Rumah Sakit Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan

Maksud dari indikator 1 Rumah Sakit Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan adalah rumah sakit vertikal melakukan pembinaan sehingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama dengan target 1 rumah sakit binaan mencapai strata utama ditahun 2023.

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar mengampu 5 rumah sakit daerah yaitu RSUD Labuag Baji Provinsi Sulawesi Selatan, RSUD Andi Makkasau pare-pare, RS dr. Hasri Ainun Habibie pare-pare, RSUD Provinsi Sulawesi Barat dan RSUD Tenriawaru Bone.

Visitasi telah dilakukan 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 diampu 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.



13. Terselenggaranya Rumah Sakit Vertikal dengan stratifikasi paripurna

Terselenggaranya rumah sakit vertikal dengan stratifikasi paripurna adalah rumah sakit yang mencapai strata target paripurna. RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menargetkan di tahun 2023 ada 1 layanan prioritas menjadi strata paripurna dari 9 layanan prioritas yang telah terstratifikasi utama.

Pada tahun 2023 RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar telah merealisasikan 1 layanan penyakit prioritas menjadi strata paripurna yaitu pelayanan uronefrologi. Sesuai dengan KMK nomor HK.01.07/MENKES/1339/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampunan pelayanan uronefrologi, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar telah memenuhi kriteria sebagai rumah sakit dengan pelayanan uronefrologi tersratifikasi paripurna dengan menyelenggarakan pelayanan operasi transplantasi ginjal di tahun 2023.

Ditahun 2024, RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menargetkan 2 layanan penyakit prioritas meningkat menjadi strata paripurna yaitu pelayanan kesehatan ibu dan anak dan pelayanan stroke. Untuk itu hal yang menjadi program strategis adalah :

- Pengembangan 9 layanan penyakit prioritas di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar secara optimal untuk mencapai strata paripurna
- Membangun kerjasama dengan rumah sakit koordinator pengampu 9 layanan prioritas utamanya 2 pelayanan yang menjadi target paripurna di tahun 2024
- Penyediaan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) untuk memenuhi standar pelayanan penyakit prioritas dengan stratifikasi paripurna.

14. Rumah Sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar merupakan salah satu rumah sakit vertical yang melaksanakan 9 layanan penyakit perioritas yang ditargetkan pada tahun 2023 minimal strata utama. 9 penyakit perioritas tersebut antara lain penyakit stroke, kanker, gastrohepatologi, uronefrologi, pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan kardiovaskuler, respirasi dan tuberculosis serta penyakit infeksi emerging. Dari ke 9 layanan tersebut RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar telah terstratifikasi utama berdasarkan Keputusan menteri kesehatan antara lain :



- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1491/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampu pelayanan penyakit infeksi emerging
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1344/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampu pelayanan penyakit Diabetes Melitus
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1342/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampu pelayanan respirasi dan tuberculosis
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1341/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kardiovaskuler
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1491/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan ibu dan anak
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1339/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1338/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan Gastrohepatologi
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1336/2023 tentang rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan stroke

15. Laporan bulanan pengukuran 13 indikator nasional mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Indikator mutu nasional adalah tolak ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pelaporan indikator mutu nasional dilakukan setiap bulan melalui aplikasi Pelaporan INM dan HAIs pada Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan.

Laporan bulanan pengukuran 13 indikator nasional mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator merupakan salah satu indikator kinerja utama mandatory yang ditargetkan pada tahun 2023 sebanyak 12 laporan. Dan pada tahun 2023 jumlah laporan INM telah memenuhi target yaitu 12 laporan yang



dilaporkan melalui aplikasi SIMAR setiap bulannya sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

16. Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel never event nihil

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel never event nihil adalah jumlah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang dilaporkan setiap bulannya pada aplikasi IKP mutu fasyankes. Yang mana indikator ini ditargetkan 12 laporan pada tahun 2023.

Capaian target indikator Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel never event nihil pada tahun 2023 adalah 10 laporan, tidak mencapai target yang telah ditentukan.

Kendala :

- Pada waktu Pelaporan aplikasi IKP mutu fasyankes tidak bisa diakses, aplikasi error sehingga tidak bisa melaporkan insiden keselamatan pasien tepat waktu.

Upaya perbaikan :

- Berkoordinasi dengan bagian terkait tentang pelaporan melalui aplikasi IKP mutu fasyankes

Rekomendasi :

- Melaporkan insiden keselamatan pasien lebih awal dari batas akhir pelaporan untuk menghindari adanya kendala yang mungkin terjadi pada batas akhir pelaporan.

17. 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 2023 adalah 90% dan capaian tahun 2023 adalah 74,10% tidak mencapai target yang ditetapkan di tahun 2023.

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 diusulkan untuk memproduksi secara mandiri.

18. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Alat Pelindung Diri (APD) adalah perangkatalat 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 99% belum mencapai target tahun 2023 yaitu 100%.

Kendala / hambatan :

- Masih ada petugas yang memakai APD tidak sesuai dengan indikasi

Upaya Tindak lanjut :

- Monitoring dan evaluasi penggunaan APD di unit-unit pelayanan
- Melakukan reedukasi penggunaan APD secara benar kepada seluruh petugas ataupun peserta 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

19. 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 2023 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.

20. Waktu tanggap operasi Sektio Secaria Emergensi

Waktu tanggap operasi seksio secaria emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan section sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. seksio secaria emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio yang Mendapatkan tindakan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio}} \times 100\%$$

Perhitungan indikator ini tahun 2023 diperoleh hasil 80% belum mencapai target yang ditentukan pada tahun 2023, target yang ditentukan adalah 80%.

Kendala :

- Kamar operasi obgyn tidak sesuai standar sehingga kamar operasi tersebut ditutup.
- 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 gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak

Rekomendasi :

- Menyelesaikan pembangunan gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak tepat waktu sesuai dengan rencana.



21. 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 ≤ 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 88,34% sudah mencapai target yang ditentukan di tahun 2023. 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.

22. 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 :

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

Capaian indikator penundaan operasi elektif tahun 2023 adalah 2,53% sudah mencapai target yang telah ditentukan. Adapun upaya yang telah dilakukan untuk mengurangi adanya penundaan operasi adalah :



- Mengatur jadwal operasi agar tidak tumpang tindih dengan jadwal poliklinik dan jadwal visite dokter
- Sosialisasi secara berkala tentang penjadwaan operasi DPJP
- Penambahan jadwal shift kamar operasi dengan menambah jadwal operasi elektif dihari sabtu

Untuk lebih mengurangi adanya penundaan waktu operasi elektif direkomendasikan :

Penambahan jadwal shift kamar operasi yang sebelumnya 2 shift menjadi 3 shift.

23. 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 2023 adalah 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 2023 adalah 59,55% belum mencapai target tahun2023 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 sebagai salah satu indikator penilaian kinerja dokter dalam pemberian remunerasi.



24. 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/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium adalah ≤ 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 2023 adalah 100%. Hasil capaian pelaporan hasil kritis laboratorium tahun 2023 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.

25. 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 :

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

Target tahun 2023 indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah 90% dan capaian tahun 2023 adalah 93,5%, 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 mengusulkan obat yang dibutuhkan untuk dimasukkan kedalam formularium nasional sesuai dengan Clinical Pathway.

26. 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 Pemberi 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 :

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

Indikator kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*) ditargetkan tahun 2023 adalah 85%. Capaian tahun 2023 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.

27. 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 :

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

Realisasi capaian tahun 2023 indikator kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh adalah 100%. Sudah mencapai target yang ditentukan pada tahun 2023 yaitu sebesar 100%. Tujuan dari indikator ini adalah mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan pasien jatuh agar terselenggara asuhan pelayanan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Untuk itu walaupun indikator ini telah mencapai target namun perlu untuk menjaga agar upaya pencegahan risiko jatuh terus dilakukan.

28. Kecepatan waktu tanggap complain

Kecepatan waktu tanggap complain adalah rentang waktu rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan *grading risiko*, analisis hingga tindak lanjutnya.

Grading Risiko dan standar waktu tanggap complain adalah :

- a. *Grading Merah* (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
- b. *Grading Kuning* (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.
- c. *Grading Hijau* (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah complain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti Sesuai waktu yang ditetapkan dengan } \textit{grading}}{\text{Jumlah complain yang disurvei}} \times 100\%$$



Target Indikator kecepatan waktu tanggap komplain tahun 2023 adalah 100% dan realisasi capaian tahun 2023 adalah 100%, sudah mencapai target yang telah ditentukan. Upaya yang telah dilakukan untuk merespon keluhan pasien secara cepat antara lain dengan menyediakan sarana penyampaian komplain. Komplain dapat disampaikan melalui :

- Aplikasi pendaftaran online pada menu SIMPATI (sistem manajemen pengaduan terintegrasi) yang dapat diunduh diplay store
- Website <https://rsupwahidin.com>
- QR-code yang dipasang di ruang-ruang perawatan dan *customer service*
- Hotline 0811-4100-8880
- Penyampaian secara langsung melalui customer service ataupun bagian humas RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

29. Kepuasan pasien

Menurut permekes 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 2023 adalah 88 dan realisasi capaian tahun 2023 adalah 90,03. Sudah mencapai target yang telah ditentukan.



30. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital

Surveilans Kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien.

Yang dimaksud dengan sistem informasi surveilans berbasis digital adalah suatu sistem pelaporan kegiatan surveilans yang berbasis digital. Saat ini RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo telah memiliki sistem informasi surveilans. Untuk itu target indikator ini telah tercapai dimana di tahun 2023 ditargetkan 1 sistem.

31. Waktu tanggap operasi *section cesarean* darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Sectio Cesarean kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan *Sectio Cesarean* diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi *Sectio Cesarean* darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.

Sectio Cesarean kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menubung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam *Sectio Cesarean* kategori 1, *Sectio Cesarean* emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Adapun cara perhitungan adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan sejak keputusan *Sectio Cesarean* diambil hingga dilakukan insisi dengan target tahun 2023 adalah 30 menit. Realisasi capaian indikator Waktu tanggap operasi *section cesarean* adalah 35 menit, tidak mencapai target yang telah ditentukan.

Kendala :

- Kamar operasi obgyn tidak sesuai standar sehingga kamar operasi tersebut ditutup.



- 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 gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak

Rekomendasi :

- Menyelesaikan pembangunan gedung pelayanan kesehatan ibu dan anak tepat waktu sesuai dengan rencana.

32. Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan farmasi

Rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medis elektronik adalah rekam medis yang dibuat dengan menggunakan sistem elektronik yang diperuntukkan bagi penyelenggara rekam medis.

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar telah mengimplementasikan Rekam Medis Elektronik disemua pelayanan yakni pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan farmasi serta terintegrasi lengkap sejak tahun 2021. Sehingga target indikator ini di tahun 2023 sebesar 100% telah tercapai.

33. 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 2023 EBITDA margin adalah 15%, realisasi capaian tahun 2023 adalah 11%, belum mencapai target yang telah ditentukan.

Kendala / hambatan :

- Keterlambatan proses klaim karena peralihan SIMRS ke SIMGOS 2
- Beban persediaan yang cenderung besar terutama pada beban farmasi dan laboratorium

Upaya perbaikan :

- Pembentukan SAMSAT Piutang
- Menugaskan Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya untuk memantau ketepatan coding
- Melakukan kerjasama dengan asuransi/perusahaan,
- Perbaikan layanan eksekutif,
- Rebranding layanan RSWS,
- Meningkatkan layanan day care
- meningkatkan kegiatan diklat seperti fellowship atau pelatihan
- Memantau obat dan BMHP fast moving, slow moving dan dead stock, rasio kecukupan dan perputaran obat BMHP per item
- Menetapkan standar obat dan BMHP setiap Tindakan

Rekomendasi :

- Melakukan monitoring dan evaluasi Kualitas klaim
- Membuka layanan eksekutif sore, sabtu dan minggu
- Membuka layanan baru
- Monitoring dan evaluasi penggunaan obat high cost dan high volume
- Penyampaian daftar obat dan BMHP TKDN tinggi tetapi memiliki efikasi rendah ke kemenkes
- Meningkatkan produksi Darah di UTDRS

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 2023 adalah sebagai berikut :

a. Tenaga Medis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.3 ILMU KEDOKTERAN	22						22
2	S.3 ILMU KEDOKTERAN GIGI	1						1
3	DOKTER SPESIALIS PENYAKIT DALAM	10	11	4				25
4	DOKTER SPESIALIS PARU	4	3	1				8
5	DOKTER SPESIALIS JANTUNG	5	6	2				13
6	DOKTER SPESIALIS BEDAH	1						1
7	DOKTER SPESIALIS BEDAH PLASTIK	1	1	2				4
8	DOKTER SPESIALIS BEDAH ONKOLOGI	1	1	1			1	4
9	DOKTER SPESIALIS BEDAH ANAK	3		2				5
10	DOKTER SPESIALIS BEDAH UROLOGI	2	3					5
11	DOKTER SPESIALIS BEDAH DIGESTIF	2	1					3
12	DOKTER SPESIALIS BEDAH ORTHOPEDI	2	4	3				9
13	DOKTER SPESIALIS BEDAH SYARAF	1	2	1				4
14	DOKTER SPESIALIS OBGYN	8	8	1				17
15	DOKTER SPESIALIS THT	4	8					12
16	DOKTER SPESIALIS MATA	4	5	4				13
17	DOKTER SPESIALIS ANAK	7	6	4	1		2	20
18	DOKTER SPESIALIS KULIT DAN KELAMIN	3	3					6
19	DOKTER SPESIALIS SYARAF	4	8	1				13
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	7	2				11
29	DOKTER SPESIALIS ONKOLOGI RADIASI	1	1					2
30	DOKTER SPESIALIS REHABILITASI MEDIK	2	1				1	4



NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
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	4						4
38	DOKTER UMUM	10					18	28
Jumlah		132	98	34	1	0	22	287

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	361			106	1	200	669
5	S1 KEPERAWATAN	30					3	33
6	S1 PERAWAT ANASTESI	1						1
7	D. IV KEPERAWATAN	7					5	12
8	D. IV KEPERAWATAN ANESTESIOLOGI						2	2
9	D. IV KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH	1						1
10	D. IV KESEHATAN GIGI	1						1
11	D. IV KEPERAWATAN GIGI	1						1
12	D. III KEPERAWATAN	145			219	4	107	475
13	D. III KEPERAWATAN GIGI	3						3
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
Jumlah		573	0	0	325	6	319	1.223



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			1		4	18
4	D. III KEBIDANAN	11			15		14	40
5	D. I KEBIDANAN	1						1
Jumlah		28	0	0	16	0	18	62

d. Tenaga Kefarmasian

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	MAGISTER FARMASI KLINIK	2						2
2	MAGISTER FARMASI	4						4
3	APOTEKER	24			1	3	11	39
4	S1 FARMASI	2				1	26	29
5	SARJANA SAINS TERAPI	1						1
6	D. III FARMASI	27			18	1	21	67
7	SMF/SMK FARMASI	6					15	21
Jumlah		66	0	0	19	5	73	163

e. Tenaga Kesehatan Masyarakat

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.3 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT						1	1
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					3	22
7	MAGISTER TERAPAN ADMINISTRASI KESEHATAN	4						4
8	S.2 ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN							
9	S2 KESEHATAN	5						5
10	S.1 KESEHATAN MASYARAKAT	26			3	4	14	47
11	S.1 KESMAS ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN	5						5



NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
12	S.1 KESMAS EPIDEMIOLOGI	2						2
13	S.1 KESMAS KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA				1			1
14	S.1 KESMAS PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU				1			1
15	S.1 ADMINISTRASI RUMAH SAKIT						1	1
Jumlah		68	0	0	5	4	19	96

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
Jumlah		8	0	0	0	0	2	10

g. Tenaga Gizi

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S.2 GIZI MASYARAKAT	2				1		3
2	S.1 GIZI	7			1			8
3	D. IV GIZI	6			4		4	14
4	D. III GIZI	7						7
5	D. III GIZI PENDIDIKAN	1						1
6	SMKK	8					1	9
7	SKKA TATA BOGA	14					6	20
8	SPAG	1						1
Jumlah		46	0	0	5	1	11	63



h. Tenaga Keterampilan Fisik

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

i. Tenaga Keteknisan Medis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	D. III MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN DAN REKAM MEDIS	21			20	1	29	71
Jumlah		21	0	0	20	1	29	71

j. Tenaga Teknik Biomedika

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	D. III RADIODIAGNOSTIK	8			9		6	23
2	D. III PENATA RONTGEN	6						6
3	D. IV RADIOLOGI	1						1
4	D. IV TEKNIK RADIOLOGI	3					4	7
5	S1 FISIKA	5						5
6	S1 FISIKA MEDIK	3						3
7	D. III LABORATORIUM KESEHATAN	16						16
8	D. III ANALIS KESEHATAN	6			30		4	40
9	D. III TEKNOLOGI LAB MEDIS						12	12
10	D. IV ANALIS KESEHATAN	1					9	10
11	D. IV TEKNOLOGI LAB	1					10	11
12	S1 ANALIS KESEHATAN/ TEKNOLOGI LAB	1						1
13	S1 TEKNOLOGI LABKES						1	1
14	SEKOLAH MENENGAH ANALIS KESEHATAN	9						9
15	D. IV TEKNIK RADIODIAGNOSTIK DAN RADIOTERAPI	3						3
Jumlah		63	0	0	39	0	46	148



k. Tenaga Elektromedis

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

l. Tenaga Psikologis Klinis

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	S2. PSIKOLOGI	1						1
Jumlah		1	0	0	0	0	0	1

m. Tenaga Non Kesehatan

NO	NAMA	PNS	DIBUD	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				7		19
14	S1 EKONOMI MANAJEMEN KEUANGAN	3					1	4
15	S1 EKONOMI MANAJEMEN PEMASARAN							0
16	S1 EKONOMI STUDI PEMBANGUNAN					2		2
17	S1 EKONOMI PERTANIAN						1	1
18	S1 EKONOMI UMUM	2					27	29
19	S.1 EKONOMI SOSIAL							0
20	S1 HUKUM	2					3	5



NO	NAMA	PNS	DIBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
21	S1 ILMU KOMUNIKASI						2	2
22	S.1 BIOLOGI						1	1
23	S1 KESEJAHTERAAN SOSIAL							0
24	S.1 PENDIDIKAN KESEJAHTERAAN KELUARGA	1						1
25	S1 KOMPUTER				2	3	6	11
26	S1 MANAJEMEN	5					2	7
27	S1 MANAJEMEN INFORMATIKA KOMPUTER	3			1			4
28	S1 MANAJEMEN PEMBANGUNAN DAERAH	1						1
29	S.1 SISTEM INFORMASI	1					2	3
30	S1 PENDIDIKAN TEKNIK ELEKTRO	1						1
31	S1 PERIKANAN	1						1
32	S1 PERTANIAN					2		2
33	S1 PERTANIAN AGRONOMI	1						1
34	S1 PETERNAKAN						1	1
35	S1 PSIKOLOGI	1						1
36	S1 SOSIAL EKONOMI PETERNAKAN	1						1
37	S1 SOSPOL	1						1
38	S1 TEKNIK	1				1	1	3
39	S1 TEKNIK INDUSTRI					2		2
40	S1 TEKNIK INFORMATIKA				1	1	11	13
41	S1 TEKNIK KIMIA	1						1
42	S1 TEKNIK SIPIL							0
43	TEKNIK LISTRIK						1	1
44	S1 TEKNOLOGI PERTANIAN	1						1
45	S1 ILMU PEMERINTAHAN						0	0
46	SARJANA SAINS (MIPA)						4	4
47	SARJANA SAINS (STATISTIKA)							0
48	SARJANA SASTRA					2	1	3
49	SARJANA SOSIAL	2			1	3	2	8
50	SARJANA PENDIDIKAN						2	2
51	D. III ADMINISTRASI							0
52	D. III ANALIS FARMASI DAN MAKANAN	1						1
53	D. III EKONOMI AKUNTANSI	3					1	4
54	D.IV ADMINISTRASI PERHOTELAN						2	2
55	D.IV AKUNTANSI						1	1



NO	NAMA	PNS	DIBUD	VISING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
56	D.IV TEKNIK KOMPUTER DAN JARINGAN						2	2
57	D. III EKONOMI KEUANGAN DAN PERBANKAN	2						2
58	D. III EKONOMI MANAJEMEN	1					1	2
59	D.III MANAJEMEN ASET	1						1
60	D.III PAJAK	1						1
61	D. III KESEKRETARIATAN					1		1
62	D. III KOMPUTER				1	1	4	6
63	D. III KOMPUTER AKUNTANSI						3	3
64	D. III MANAJEMEN INFORMATIKA	1			2	3	1	7
65	D. III MANAJEMEN KEPARIWISATAAN							0
66	D. III PARIWISATA						1	1
67	D. III PERHOTELAN	1						1
68	D. III POLITEKNIK						1	1
69	D. III TEKNIK ELEKTRO					1	2	3
70	D. III TEKNIK ELEKTRONIKA	1						1
71	D. III TEKNIK INFORMATIKA	1						1
72	D. III TEKNIK KOMPUTER				1	1		2
73	D. III TEKNIK SIPIL						1	1
74	D. III TEKNIK TELEKOMUNIKASI						1	1
75	D.III TEKNIK MEKANIK INDUSTRI						1	1
76	D. II BINA WISATA							0
77	D. I PROGRAMER							0
78	SEKOLAH MENENGAH ATAS	46					79	125
79	MADRASAH ALIYAH	1					1	2
80	SEKOLAH MENENGAH TEKNOLOGI	2						2
81	SEKOLAH PERKEBUNAN MENENGAH ATAS	2						2
82	SMEA	2					1	3
83	SMTK	4						4
84	SEKOLAH MENENGAH KEJURUAN (SMK)	2					44	46
85	STM	6					3	9
86	SEKOLAH MENENGAH PERTAMA	2					1	3
87	SEKOLAH DASAR UMUM						1	1
		169	0	0	10	32	225	436

n. Rekap SDM Berdasarkan Jenis Tenaga

NO	NAMA	PNS	DIKBUD	VISITING	PPPK	BLU	HONORER	JUMLAH
1	Tenaga Medis	132	98	34	1	0	22	287
2	Tenaga Keperawatan	573	0	0	325	6	319	1.223
3	Tenaga Kebidanan	28	0	0	16	0	18	62
4	Tenaga Kefarmasian	66	0	0	19	5	73	163
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat	68	0	0	5	4	19	96
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan	8	0	0	0	0	2	10
7	Tenaga Gizi	46	0	0	5	1	11	63
8	Tenaga Keterampilan Fisik	30	0	0	0	0	0	30
9	Tenaga Keteknisan Medis	21	0	0	20	1	29	71
10	Tenaga Teknik Biomedika	63	0	0	39	0	46	148
11	Tenaga Elektromedis	11	0	0	1	0	1	13
12	Tenaga Psikologi Klinis	1	0	0	0	0	0	1
13	Tenaga Non Kesehatan	169	0	0	10	32	225	436
Jumlah		1.216	98	34	441	49	765	2.603

b. Sumber Daya Keuangan

Pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran untuk mewujudkan visi dan misi RSUD 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	110.065.760.000	16.624.201.000	15.000.000.000	0	0	0	0	0	0	141.689.961.000
		Realisasi	106.645.698.626 (96,89%)	16.477.670.771 (99,12%)	14.921.090.618 (99,47%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	138.044.460.015 (97,43%)
		Sisa	3.420.061.374	146.530.229	78.909.382	0	0	0	0	0	0	3.645.500.985
2	(B) Pinjaman Luar Negeri	Pagu	0	0	176.131.296.000	0	0	0	0	0	0	176.131.296.000
		Realisasi	0,00%	0,00%	126.235.413.214 (71,67%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	126.235.413.214 (71,67%)
		Sisa	0	0	49.895.882.786	0	0	0	0	0	0	49.895.882.786
3	(F) Badan Layanan Umum	Pagu	0	735.971.776.000	160.491.528.000	0	0	0	0	0	0	896.463.304.000
		Realisasi	0,00%	700.515.311.209 (95,18%)	156.991.450.165 (97,82)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	857.506.761.374 (96,65%)
		Sisa	0	35.456.464.791	3.500.077.835	0	0	0	0	0	0	38.956.542.626
Grand Total		Pagu	110.065.760.000	752.595.977.000	351.622.824.000	0	0	0	0	0	0	1.214.284.561.000
		Realisasi	106.645.698.626 (96,89%)	716.992.981.980 (95,27%)	298.147.953.997 (84,79%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1.121.786.634.603 (92,38%)
		Sisa	3.420.061.374	35.602.995.020	53.474.870.003	0	0	0	0	0	0	92.497.926.397

c. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sumber Daya Sarana dan Prasarana pada tahun 2023 dari data Barang Milik Negara (BMN) diuraikan sebagai berikut :

NO	URAIAN		NILAI
1	BMN INTRAKOMPTABLE		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	2.499.620.030.742
	Penambahan	Rp.	812.881.660.892
	Pengurangan	Rp.	135.893.088.668
	Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	3.176.608.602.966
2	BMN EKSTRAKOMPTABLE		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	1.845.302.829
	Penambahan	Rp.	309.477.120
	Pengurangan	Rp.	60.780.160
	Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	2.093.999.789
3	BMN GABUNGAN INTRA DAN EKSTRA		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	2.501.465.333.571
	Penambahan	Rp.	813.191.138.012
	Pengurangan	Rp.	135.953.868.828
	Posisi Akhir (31 Desember 2020)	Rp.	3.178.702.602.755
4	BMN ASET TAK BERWUJUD		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	1.126.430.000
	Penambahan	Rp.	-
	Pengurangan	Rp.	-
	Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	1.126.430.000
5	KOSTRUKSI DALAM Pengerjaan		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	1.444.007.816
	Penambahan	Rp.	262.461.929.343
	Pengurangan	Rp.	96.436.813.445
	Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	167.469.123.714
6	PERSEDIAAN		
	Posisi Awal (01 Januari 2023)	Rp.	50.237.388.921
	Penambahan	Rp.	252.532.047.041
	Pengurangan	Rp.	267.208.595.344
	Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	35.560.840.618



C. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Efisiensi Penggunaan Energi

Dalam rangka efisiensi penggunaan air di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menerapkan program efisiensi untuk menghemat penggunaan air antara lain :

- Adanya pengawasan oleh staf KLK3 untuk setiap area rumah sakit terkait sanitasi dan pengawasan efisiensi penggunaan air agar dapat terkontrol dengan baik
- Melakukan kontroling dan pemeliharaan pompa air bersih setiap hari ditandai dengan diberlakukannya ceklist harian pompa
- Melakukan pemeliharaan/perbaikan pipa air bersih yang rusak sehingga distribusi air berjalan dengan baik
- Melakukan penjadwalan bergilir untuk pengaliran air disetiap unit pada saat terjadi krisis air / musim kemarau)
- Melakukan control administrative dengan pemasangan stiker ataupun papan bicara terkait penggunaan air bersih secara hemat.

2. Efisiensi SDM

Rumah Sakit Umum Pusat DR Wahidin Sudirohusodo merupakan RS Pusat Rujukan Indonesia Timur yang mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspesialis yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Sebagai RS Pusat rujukan, RSUP DR Wahidin harus mampu mengatasi permasalahan jika terjadi outbreak. Salah satu kebijakan bahwa jika terjadi outbreak di IGD atau di ruang lain maka manajer keperawatan segera melakukan pergeseran perawat dari ruang yang tidak sibuk ke ruang yang terjadi outbreak. Jika belum mencukupi maka perawat yang berdomisili di sekitar RSWS, dihubungi untuk segera ke RSWS untuk membantu di ruang yang membutuhkan bantuan.



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 2023 terdapat 53 indikator yang disepakati pada kontrak kinerja tahun 2023 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dari ke 53 *Key Performance Indikator* Didalam kontrak kinerja yang diperjanjikan 20 indikator merupakan indikator berdasarkan Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dan 33 indikator tambahan yang merupakan mandatory dari Direktur Jenderal Pelayanan. Dari 53 *Key Performance Indikator* yang diperjanjikan terdapat 15 Indikator yang tidak mencapai target.
2. Realisasi anggaran belanja tahun 2023 adalah Rp. **147.121.786.634.603,- (92,38%)**, dari pagu sebesar **Rp 1.214.284.561.000,-**

B. SARAN

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

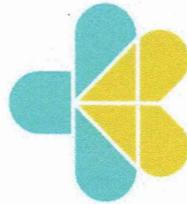
1. Perlunya komitmen bersama untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan secara berkesinambungan dengan saling berkoordinasi untuk meningkatkan pencapaian kinerja pada periode selanjutnya
2. Melakukan monitoring dan upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas 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 2023

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

Nama : Prof.Dr.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, 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.

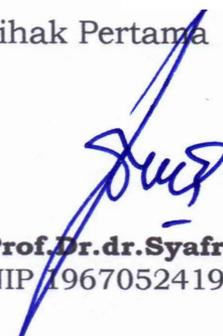
Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama


dr. Azhar Jaya, SKM.,MARS
NIP 197106262000031002


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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
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	88
		Indeks Kepuasan Peserta Didik	88
		Indeks Kepuasan Staf	88
2.	Terpenuhinya Layanan yang Komprehensif, Terpercaya dan Berkeadilan	Persentase Komplain yang ditindaklanjuti	100
		Persentase Ketepatan Waktu Layanan	70%
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	4%
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	70%
7.	Terwujudnya sistem rujukan dan pemasaran yang efektif	Presentase pertumbuhan pasien	5%
8.	Peningkatan Efektivitas Sistem Manajemen (Perencanaan, Monev dan Tindak Lanjut)	Persentase temuan monev kinerja yang ditindaklanjuti	90%
9.	Pengembangan SIMRS menuju <i>SMART</i> Hospital	Jumlah Modul <i>Mobile Application</i> yang diimplementasikan	3
10.	Pemutakhiran dan Peningkatan Keandalan Sarana, Prasarana dan Alat	OEE Alat Medik Utama	94,7
		OEE Prasarana Utama	97,7

11.	Peningkatan Kompetensi SDM yang berkinerja tinggi	Persentase Tenaga Kesehatan yang memiliki sertifikasi sesuai standard	75%
		Jumlah Layanan pada Pusat Jantung Terpadu dan Mother and Child Center yang Memiliki SDM dengan kemampuan berbahasa internasional	90%
12.	Pengampunan ke Rumah Sakit Jejaring di wilayah timur Indonesia	Jumlah Rumah Sakit Jejaring yang diampuh	5
13.	Terwujudnya efisiensi anggaran berbasis kendali mutu dan kendali biaya	POBO	88
		Persentase pembelanjaan farmasi terhadap PNB	33
14.	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit Vertikal sesuai standar	95
15.	Menguatnya tata Kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	2,4
16.	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di Rumah Sakit	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali
17.	Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di klinik VVIP	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
18.	Terselenggaranya pelayanan Centre of Excellence di RS Vertikal secara Optimal	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	80%
		Penundaan waktu operasi elektif	3%
		Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	80%
		Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	80%
		Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 indikator tercapai setiap layanan

19.	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan strata 4 (untuk 9 layanan prioritas)	1 RS Vertikal harus membina 1 RS Umum Daerah menjadi utama sesuai dengan binaannya yang telah ditetapkan	1
20.	Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS Vertikal secara optimal	Terselenggaranya RS Vertikal dengan stratifikasi yang paripurna	1
21.	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
22.	Meningkatnya mutu pelayanan Kesehatan rujukan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 laporan
		Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel Nol	12 Laporan
		Kepatuhan kebersihan tangan	90%
		Kepatuhan penggunaan APD	100%
		Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	80%
		Waktu tunggu rawat jalan	80%
		Penundaan operasi elektif	5%
		Kepatuhan waktu visit dokter	80%
		Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		Kepatuhan penggunaan formularium nasional	90%
		Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	85%
		Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		Kecepatan waktu tanggap komplain	80%
Kepuasan pasien	88		
23.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem

24.	Indikator RPJMN	Waktu tanggap operasi <i>section cesarea</i> darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 Menit	30 Menit
		Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik) dan Farmasi	100%
25.	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Persentase nilai EBITDA Margin	15%

Kegiatan

Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

Anggaran

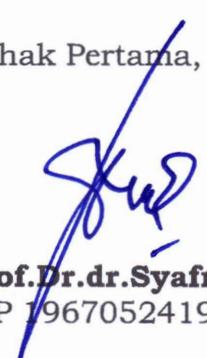
Rp 854.184.467.000,-

Jakarta, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,


dr. Azhar Jaya, SKM.,MARS
 NIP 197106262000031002


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



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

TAHUN 2023